

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1906-1907. — N° 100

ÉTUDE
SUR LA
FRÉQUENCE DES MALADIES NERVEUSES

CHEZ LES
Indigènes musulmans d'Algérie

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 23 mars 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges SICARD

INTERNE DES HÔPITAUX D'ALGER

PRÉPARATEUR D'HISTOLOGIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

LAURÉAT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE (Prix de l'Internat, 1905)

LAURÉAT DES HÔPITAUX (Prix Poisson, 1906)

Né à Tizi-Ouzou (Alger), le 21 mars 1882



A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, rue de l'École-de-Médecine

PARIS

Rue de la Charité, 6

LYON

1907

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1906-1907. — N° 100

ÉTUDE

SUR LA

FRÉQUENCE DES MALADIES NERVEUSES

CHEZ LES

Indigènes musulmans d'Algérie

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 23 mars 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges SICARD

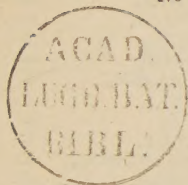
INTERNE DES HÔPITAUX D'ALGER

PRÉPARATEUR D'HISTOLOGIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

LAURÉAT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE (Prix de l'Internat, 1905)

LAURÉAT DES HÔPITAUX (Prix Poisson, 1906)

Né à Tizi-Ouzou (Alger), le 21 mars 1882



A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, rue de l'École-de-Médecine

PARIS

Rue de la Charité, 6

LYON

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ
COURMONT (J.)
LORTET

DOYEN.
ASSESEUR.
DOYEN HONORAIRE.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER

Professeurs

Cliniques médicales.	MM. { LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLLET. NICOLAS. PIERRET. WEILL. POLLOSSON (A.) X. HUGOUNENQ. CAZENEUVE. BEAUVISAGE. GUIART. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. MAYET. TRIPIER. POLLOSSON (Maurice). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). SOULIER. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales.	
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique.	
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies mentales.	
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique des maladies des femmes.	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique.	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique.	
Prarasitologie	
Anatomie.	
Anatomie générale et Histologie.	
Physiologie.	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutique générales.	
Anatomie pathologique.	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale.	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie.	

Professeur adjoint

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

Chargés de cours complémentaires

Pathologie externe.	MM. VALLAS,	agrégé.
Maladies des voies urinaires	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique.	DEVIC,	—
Hygiène administrative.	ROUX,	—
Thérapeutique générale	COLLET,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	ANCEL,	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SAMBUC.	REGAUD.	NEVEU-LEMAIRE.
BARRAL.	BORDIER.	CAUSSE.	PATEL.
PIC.	COURMONT (P.).	ANCEL.	PLAUCHU, ch..
PAYIOT.	CHATIN.	COMMANDEUR.	LEPINE (J.), ch..
NOVE-JOSSERAND.	VILLARD.	GAYET.	
BERARD.	TIXIER.	MOREL.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COURMONT, président; VILLARD, assesseur;
COMMANDEUR et MOREL, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur COURMONT

A MON MAITRE M. le Professeur CURTILLET

A MON MAITRE M. le Professeur SCHERB

A MON MAITRE M. le Professeur ARDIN-DELTEIL

*A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX D'ALGER*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE LYON

A MES PARENTS ET A MES AMIS

Je dédie cette thèse.

AVANT-PROPOS

Nous voulons ici exprimer notre gratitude et affirmer notre dévouement à tous ceux qui ont contribué à notre éducation et à notre instruction.

A notre père et à notre mère ira d'abord toute notre reconnaissance. Pour assurer notre éducation ils ont du consentir de bien lourds sacrifices ; c'est avec tout notre cœur que nous les en remercions et que nous leur donnons l'assurance de notre grande affection.

Notre maître, M. le professeur Curtillet, nous accueillit au premier jour de nos études et nous donna, depuis, de nombreuses et précieuses marques de sa bienveillance ; notre maître, M. le professeur Scherb, nous prodigua ses leçons et ses encouragements ; nous les associons dans nos remerciements et nous les prions de croire à notre complet dévouement.

Que M. le professeur Ardin-Delteil, dont nous avons eu l'honneur d'être le premier élève à Alger et dont nous regrettons de n'avoir pu, plus longtemps,

suivre le fécond enseignement, que MM. les professeurs Moreau, Brault, Vincent, Goinard, Trabut, Rey, Cabannes, Murot, Soulié, Crespin, que MM. les D^{rs} Battarel, Denis, L. Cochez, Gillot, Lemaire et Dumolard qui furent aussi nos maîtres soient assurés de toute notre reconnaissance.

Nous avons eu le chagrin de perdre, au cours de nos études trois de nos maîtres les plus chers. Nous adressons un pieux hommage à la mémoire de MM. les professeurs Planteau, Cochez et Labbé.

La mémoire de notre ami Delabarre qui nous soutint de ses conseils et de son affection dans les difficultés de nos premiers concours nous restera toujours aussi particulièrement chère.

Nous n'oublierons pas l'accueil que nous avons reçu de M. le professeur Courmont qui nous a fait le grand honneur de présider notre thèse, de MM. les professeurs Lépine et Fabre et de nos maîtres de la Faculté de Lyon.

A nos camarades d'internat et à nos amis les D^{rs} Ferrari, Demonchy, Anastaze, Viallet, Trabut, Pellat et Yung nous renouvelons ici l'assurance de notre sincère amitié.

INTRODUCTION

L'étude des maladies nerveuses chez les indigènes musulmans d'Algérie est encore presque tout entière à faire, et ce n'est pas sans anxiété que nous abordons un sujet aussi vaste et aussi complexe. Pour le traiter avec toute l'ampleur qu'il comporte, il faudrait une compétence que nous n'avons pas ; il aurait fallu aussi accumuler les observations. Les faits que nous connaissons sont encore bien peu nombreux et il peut paraître prématuré d'en tirer déjà des conclusions.

Notre intention n'est pas, d'ailleurs, de faire une étude complète de ce sujet.

Des faits nouveaux sont venus qui ont modifié un peu les opinions qui avaient cours, jusqu'ici, plus particulièrement, au sujet de la fréquence des atteintes nerveuses chez les Arabes et de la résistance qu'ils y présenteraient. Les observations se sont multipliées dans ces dernières années. Il nous a semblé qu'il y aurait quelque utilité à faire, aujourd'hui, une étude d'ensemble qui résumât nos connaissances sur la neuro-pathologie des indigènes.

Nous ne prétendons pas établir un chapitre de pathologie, mais recueillir les travaux épars pour tâcher d'en dégager les faits qui semblent le plus probables, discuter la valeur des opinions qui ont été émises et montrer les lacunes encore énormes de nos connaissances.

Bornant notre étude à ce que nous avons pu observer, nous avons éliminé les maladies mentales. Il n'existe pas en Algérie d'asile spécial, et les aliénés qui sont conduits à l'hôpital de Mustapha n'y sont gardés que quelques jours, en attendant leur évacuation sur un asile de la métropole. Nous n'avons donc pas pu recueillir d'observations suffisamment prolongées pour nous permettre de formuler une opinion sur leurs particularités.

Les psychoses éliminées, notre sujet était encore bien vaste ; nous nous sommes attachés aux seuls points contenus dans nos observations.

Nous avons divisé notre travail en trois chapitres. Dans le premier, après avoir fait l'historique encore bien court de la question, nous avons donné la liste des observations recueillies à l'hôpital dans ces quatre dernières années, publiant en détail celles qui présentent quelque intérêt particulier.

Le second chapitre est consacré à l'étude de la fréquence des maladies nerveuses, comparativement aux Européens et à la fréquence des différentes affections, des affections syphilitiques et parasymphilitiques en particulier.

Enfin, dans le troisième chapitre, nous avons discuté l'immunité des Arabes. Nous avons recherché

d'abord comment pouvait être comprise cette immunité et quelles raisons pouvait être invoquées pour et contre elle. Dans un dernier paragraphe, nous nous sommes occupés plus spécialement de la résistance des Arabes aux manifestations nerveuses de la syphilis et des causes qui peuvent expliquer cette résistance.

Avant d'aborder notre sujet qu'on nous permette d'adresser nos très vifs remerciements à notre maître, M. le professeur Scherb, qui nous donna l'idée de ce travail et nous en facilita l'étude, et à notre ami le Dr Dumolard, qui a mis à notre disposition les précieux documents qu'il a rassemblés et dont nous avons largement usé.

HISTORIQUE

Dès les premières années qui suivirent la conquête de l'Algérie, les médecins venus avec nos armées s'adonnèrent à l'étude des particularités de la pathologie algérienne. Mais, ce qui les arrêta, d'abord, ce furent les pyrexies si fréquentes et si sévères qui décimaient les troupes et longtemps encore, bien après les travaux de Maillot, et de nos jours même, l'étude de paludisme absorba presque toutes les énergies. Bientôt, cependant, de nouveaux problèmes avaient surgi, à la conquête succédait la colonisation, et l'étude de l'hygiène et de la pathologie des indigènes fut abordée ; mais, malgré tout, les travaux sont restés cantonnés à un petit nombre d'affections et de faits. Les difficultés des recherches, dans un pays ouvert depuis si peu à notre civilisation, parmi des populations très arriérées, n'ayant ni notre langue, ni nos mœurs ont forcément limité l'effort des médecins.

L'étude des maladies nerveuses, quelque grand que fût l'intérêt de déterminer leur nature et leur fréquence chez un peuple dont la civilisation est tellement différente de la nôtre, en raison de ses difficultés, sans doute, fut particulièrement délaissée.

Les premiers cas semblent avoir été relatés par le D^r Vincent, en 1862, qui, dans son « exposé clinique des maladies des Kabyles » rapporte trois cas de rétraction des membres inférieurs qu'il dénomme : « myosite spécifique ». L'un d'eux fut guéri par le traitement mercuriel. Il s'agissait, peut-être, de paraplégies spasmodiques.

En 1864, le D^r Leclerc fut chargé d'une mission en Kabylie ; il en rapporte deux cas d'épilepsie essentielle et treize cas de sciatiques. — Nous n'avons pu avoir de renseignements plus complets sur les recherches de ces auteurs.

En 1894, M. le professeur Brault, relate une observation de polynévrite paludéenne (1). Le professeur Mertz, en 1895, publie dans le *Bulletin du comité d'études médicales propres à l'Algérie* un travail ayant pour titre : Note sur quelques particularités de la syphilis chez la femme enceinte et de l'hérédo-syphilis, en Algérie. A ce propos, abordant, incidemment, les rapports de la syphilis et de certaines affections nerveuses, il écrit : « En résumé, nous admettons, sous bénéfice d'inventaire, et par suite de la moindre culture, un certain degré d'immunité du système neuro-spinal et encéphalique de nos sujets mahométans. »

M. Mertz n'avait pas observé de maladies nerveuses chez les Arabes. Plus heureux MM. Gemy et Raynaud, étudiant la lèpre en Algérie (2) relèvent en 1897, dix-sept cas de lèpre chez les musulmans, dont trois

(1) *Progrès médical*, 8 septembre 1894.

(2) GEMY et RAYNAUD : *La Lèpre en Algérie*, 1897.

appartiennent à la forme anesthésique et cinq à la forme mutilante.

Il ne s'agissait encore que d'observations isolées recueillies au hasard des rencontres. C'est à notre maître M. le professeur Scherb que revient le mérite de s'être le premier attaché à une étude systématique.

En 1901, il apportait à la Société de neurologie de Paris les résultats de ses premières recherches, résultats encore bien peu nombreux. En trois ans M. Scherb n'avait pu recueillir que quatre cas de maladies nerveuses, toutes d'origine syphilitique : 1° un syndrome simulant la paralysie alterne (1), chez une femme, et se compliquant de crises épileptiformes, du côté paralysé, par double lésion corticale et protubérantielle. (Les lésions corticales guérissent par le traitement spécifique) ; 2° un cas d'artérite syphilitique des deux artères rolandiques, ayant déterminé une hémiplegie double avec contracture ; 3° un cas de méningo-myélite du cône terminal ; 4° un cas de paralysie du moteur oculaire commun.

Dans le même temps, M. Scherb n'avait pu observer un seul cas de tabès ni de paralysie générale. Force était bien d'admettre, *momentanément*, la rareté des manifestations syphilitiques et parasymphilitiques, une certaine résistance du système nerveux des Arabes que notre maître attribuait, alors, à l'importation récente de la syphilis chez les indigènes qui « feraient, ainsi, du tertiarisme grave, étendu, frappant avec rapidité les os et les téguments, ces derniers surtout, en raison de l'électivité qu'y déter-

(1) *Médecine moderne*, janvier 1899. .

mine leur malpropreté ». L'absence de tare névropathique et de surmenage intellectuel était encore une cause de résistance.

Mais la question ne pouvait être tranchée si vite et M. Scherb poursuivait ses recherches.

En 1903 (1), il présentait une observation de paralysie générale concernant un indigène de cinquante-cinq ans, officier de tirailleurs retraité, qui pendant trente ans, au cours de ses campagnes, avait cumulé les intoxications. Alcoolique, buvant l'absinthe pure, fumeur et priseur endurci, il avait contracté au Tonkin l'habitude de mâcher de l'opium et en avait aussi rapporté la syphilis. C'est en 1902, seize ans après le début de sa vérole que se manifestèrent les premiers accidents qui devaient le conduire, bientôt, à l'aliénation. Il était devenu, depuis quelques temps déjà, d'une dévotion excessive, d'une humeur insupportable et se livrait à des dépenses excessives, quand il eut, à quinze jours d'intervalle, deux ictus qui s'accompagnèrent d'un léger degré d'aphasie, puis de bredouillement. Sa mémoire accusait, peu après, un déficit progressif, il était affecté d'insomnies et, parfois, au milieu de la nuit il forçait tous les siens à se lever et à veiller, sous la menace de son revolver; agité lui-même, d'un tremblement continu des mains et de la parole.

Son délire s'objective lorsqu'il apprend l'arrivée du président de la République; dès lors, il se croit officier d'ordonnance du président, général, maréchal,

(1) *Soc. de Neurologie*, 4 juin 1903, v. observation *in extenso* dans la *Revue neurologique*.

empereur, cousin du sultan Abdul-Hamid. Il a quatre cents femmes ; il arrête les lions et les tigres.

L'examen objectif révèle l'existence d'un tremblement continu de la tête et de la langue ; la parole est troublée. Les réactions pupillaires sont peu nettes, la pupille droite paraît pourtant paresseuse. Les réflexes rotuliens sont normaux. Il existe des troubles variables de la sensibilité.

La ponction lombaire est faite et décèle une abondante lymphocytose (trente ou quarante éléments par champ).

M. Scherb insistait sur les particularités de cette observation, sur les conditions bien spéciales qu'avait réalisées le malade, sur ses intoxications multiples. Ce sont encore ces mêmes particularités qu'il retrouve en 1905 dans le premier cas de tabès qui ait été publié.

Saïd-ben-Kaci, en effet, est un Kabyle de trente-huit ans que « la vie européenne a rapidement séduit et conquis ». A vingt-six ans, en 1892 il contracta la syphilis, dont il ne s'est jamais traité. A la même époque, il se mit à boire, de l'absinthe surtout. En 1898 il se maria (sa femme a eu trois enfants bien portants et aucune fausse couche).

Peu après son mariage, il ressentit les premières douleurs fulgurantes dans le trajet des sciatiques. Troubles urinaires, sens génital exalté. En 1898, il remarque l'ataxie, il ne peut se tenir debout dans l'obscurité. En janvier 1899, il perçoit des craquements dans les genoux. En juin 1902, à la suite de fatigue et d'exposition prolongée au froid, Saïd voit

apparaître une arthropathie du genou droit, indolente dans les mouvements, douloureuse spontanément à paroxysmes nocturnes, guérissant spontanément par évacuation du pus (périarthrite gommeuse probable). En 1903, en dormant près du feu, Saïd se brûle le pied droit. Il ne sent rien, s'en étonne, prend une épingle et, explorant sa sensibilité s'aperçoit qu'il est insensible jusqu'à la ceinture. En juin 1903, l'arthropathie du genou droit se rallume et force le malade à garder le lit pendant six mois, aboutissant à une forme qui présente l'aspect de l'arthropathie tabétique de Charcot.

C'est à cette époque que M. Scherb voit le malade, il présente alors tous les symptômes du tabès confirmé : Romberg, Argyll-Robertson avec myosis, abolition des réflexes achilléens, rotuliens et criémastériens. — Diminution de la sensibilité jusqu'à la ceinture, sans retard, hypotonie de tous les ligaments articulaires, frigidité complète, ataxie dans les membres supérieurs, crises vésicales.

On relève encore de l'atrophie papillaire du côté temporal de l'œil gauche ; moins nette, mais, cependant caractéristique dans le même secteur de l'œil droit.

Cito-diagnostic du liquide céphalo-rachidien positif ; lymphocytose rare ; mais exclusive (1).

Les observations, pourtant, restaient rares. M. Scherb n'avait pu encore en recueillir que huit, toutes reconnaissant une origine syphilitique et

(1) C. R. Congrès français de médecine, 1905, p. 287-291 (observation *in extenso*).

développées chez des habitants de la ville, ouvriers du port ou prostituées, fortement adonnés à l'alcool, et la rareté des manifestations nerveuses chez les Arabes paraissait se confirmer.

Entre temps notre ami le docteur Battarel(1) avait étudié dans sa thèse, la paralysie générale chez les musulmans d'Algérie. Dans les registres de l'asile d'Aix, où sont hospitalisés la plupart des aliénés du département d'Alger, il n'avait pu rassembler que vingt-quatre cas en vingt ans. Il en concluait que la paralysie générale est rare chez les Arabes, qu'elle est d'importation récente, qu'elle frappe surtout ceux qui sont en contact avec les Européens, que l'alcool en est le facteur principal et que la syphilis paraît ne jouer aucun rôle dans son développement.

Cette dernière conclusion était, peut-être, excessive et l'opinion de M. le Dr Battarel n'eut pas beaucoup d'échos ; mais, la croyance à la relative immunité des indigènes vis-à-vis des maladies nerveuses s'accréditait de plus en plus.

M. le professeur Brault, à son tour acceptait cette opinion : « Les maladies du système nerveux et du système circulatoire sont plutôt rares, autant qu'on en peut juger en dehors de statistiques fermes » (2). — Dans toute sa carrière, M. Brault n'a vu, outre le cas de polynévrite que nous avons déjà signalé, que deux myélites aiguës diffuses, une lèpre anesthésique, une

(1) Dr P. BATTAREL : *Quelques remarques sur la paralysie générale chez les indigènes musulmans d'Algérie*. Thèse de Montpellier, 1902.

(2) J. BRAULT : *Pathologie et hygiène des indigènes musulmans d'Algérie* 1906, p. 57.

paralysie générale rapportée dans la thèse de Battarel et deux tabès, dont un vu avec M. le D^r Gillot fut présenté à la Société de médecine d'Alger sous le titre : *Tabès chez un Arabe buveur d'absinthe* ; il figure dans nos observations.

Pour tous ces auteurs les maladies nerveuses et notamment la syphilis nerveuse semblaient rares, et cette rareté était due à une résistance spéciale des Arabes, en raison de l'absence de tare névropathique et de l'alcoolisme, de l'importation récente de la syphilis (Scherb), de la fréquence relative de la syphilis héréditaire (Brault).

L'accord paraissait à peu près complet, quand M. le D^r Dumolard apporta à la Société de neurologie de Paris, le 6 juillet 1904, les résultats des recherches qu'il avait entreprises à la clinique médicale d'Alger. En quatre années, M. Dumolard avait pu recueillir quarante manifestations nerveuses diverses et il établissait une statistique comparative des européens et des indigènes d'où il concluait : « Sans oser prétendre que les maladies nerveuses sont fréquentes chez l'indigène musulman d'Algérie, nous croyons pouvoir affirmer qu'il n'est pas permis de dire qu'elles sont rares. Cette rareté, même relative peut être réelle : elle reste encore à démontrer. Pour nous, d'après ce que nous avons vu, nous aurions tendance à croire que ces maladies nerveuses sont, à l'hôpital du moins, aussi fréquentes chez l'indigène que chez l'européen (1) ».

(1) *Revue neurologique*, 30 juillet 1906, n° 14, p. 697.

A la même époque, M. le D^r Gros publiait dans le *Bulletin médical de l'Algérie* (1), la statistique de l'infirmerie indigène de Rébeval (Kabylie). Dans le cours de l'année 1904, il avait pu observer cent douze cas de maladies nerveuses formant une proportion de 2,89 p. 100.

Nous n'insisterons pas davantage, ici, sur ces derniers faits, ce sont eux surtout, qui motivent notre étude et nous allons nous en occuper longuement.

(1) N^o 5, 15 mars 1906.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

(MM. les D^{rs} DUMOLARD et SICARD)

Maladie de Friedreich.

M...H... ben M..., entre à la clinique médicale, salle Trousseau n° 22, le 12 janvier 1905 pour troubles de la marche et de la station. Agé d'environ trente ans, sans profession, sans domicile fixe, il raconte que les premières manifestations de la maladie se sont révélées vers l'âge de vingt ans, par de la fièvre et du délire. Un an après apparaissaient des maux de tête, des troubles de la marche avec faiblesse dans les membres inférieurs. Cinq mois après, la faiblesse et l'incoordination ont apparu dans les membres supérieurs et le tronc. Le malade accuse encore des douleurs diffuses généralisées, mais de peu d'intensité. Jamais de trouble des sphincters.

Son père et sa mère sont morts jeunes. Il est impossible d'avoir sur eux d'autres renseignements.

Au point de vue des antécédents personnels, pas d'éthylisme, pas de syphilis.

Ce qui frappe à première vue, c'est une ataxie considérable et généralisée à tout le corps. Le malade étant assis sur son lit, le tronc est animé de mouvements rythmiques, presque pendulaires. L'attention est aussi de suite attirée par des troubles trophiques localisés aux extrémités.

Il existe, en effet, une main simienne avec griffe bilatérale, par atrophie des éminences thénars et des muscles interosseux. Cette atrophie symétrique ne remonte pas au-dessus des poignets.

Aux membres inférieurs, on trouve les déformations suivantes : les espaces interosseux dorsaux sont déprimés ; les dernières phalanges sont fléchies sur les premières, elles-mêmes étendues sur le métatarse. Les mouvements de flexion et d'extension des orteils sont abolis et les mouvements de l'articulation du cou-de-pied très limités. Les pieds sont en équinisme et ballants comme des pieds de polichinelle. Il n'y a pas de tassement du pied dans le sens antéro-postérieur, la voûte plantaire n'est pas excavée. L'atrophie ne remonte pas au-dessus de la cheville ; les déformations sont symétriques.

Pas d'autres troubles trophiques, ni vaso-moteurs. Sauf dans les territoires atrophiés, la force musculaire est assez bien conservée et, dans le reste du corps, les mouvements sont exécutés avec grande force ; la résistance aux mouvements passifs est considérable.

Les réflexes tendineux, achilléens et rotuliens sont abolis ; ils sont très diminués aux membres supérieurs.

Les réflexes cutanés sont normaux, sauf le réflexe cutané plantaire qui est aboli. En effet, quelque soit l'intensité de l'excitation portée au niveau de la plante du pied, il ne se produit ni flexion, ni extension et le malade perçoit, cependant, nettement la piqure même légère de l'épingle.

Les troubles d'incoordination motrice sont un peu plus marqués.

Membres inférieurs : La station debout est impossible. Si on ne tient le malade, tout son corps oscille et la chute

rapide est inévitable. Il est difficile de dire si les oscillations sont accrues par l'occlusion des yeux.

Dans la station assise nous avons déjà signalé les mouvements pendulaires.

Les troubles de l'équilibre cinétique sont encore, peut-être, plus accusés. Si l'on soutient le malade pour le faire progresser, on voit que sa démarche présente l'apparence classique tabéto-cérébelleuse ; les jambes sont lancées au hasard et le malade est incapable d'essayer de rétablir son équilibre par les muscles du tronc qui participent à l'incoordination.

Lorsqu'il est assis les mouvements des membres inférieurs se font, relativement, plus facilement quoique toujours incoordonnés.

Aux *membres supérieurs* on met facilement en évidence un tremblement à l'occasion des mouvements volontaires : au moment où la main va saisir un objet, elle plâne.

Il existe du nystagmus transversal provoqué des plus nets, la parole est lente, monotone, scandée et de ce fait le malade, cependant intelligent peut à peine à se faire comprendre.

A part les légères douleurs mentionnées plus haut il n'existe aucun trouble de la sensibilité objective superficielle ou profonde. Pas de troubles sensoriels. Pas de signe d'Argyll-Robertson. Le fond de l'œil est normal. Il n'y a pas d'hypertrophie des troncs nerveux.

Au bout de quelques jours, malgré tous nos efforts pour le retenir, le malade quitte l'hôpital.

A cette époque le diagnostic de maladie de Friedreich que portait M. Dumolard semblait bien être le seul satisfaisant ; maladie de Friedreich anormale : par son amyotrophie des extrémités, comme on en a d'ailleurs, déjà signalé, par l'absence de Babinski (nous rappelons que le réflexe plantaire était aboli et ne se faisait ni en extension ni en flexion ; peut-être en raison de l'atrophie des muscles du pied), enfin par le début tardif.

Cette hypothèse paraissait, pourtant, beaucoup plus soutenable que celle d'une sclérose en plaques ou d'une ataxie cérébelleuse héréditaire, les seules à discuter sérieusement. La névrite interstitielle hypertrophique était éliminée, en raison de l'absence d'hypertrophie des troncs nerveux, attentivement recherchée, et du signe d'Argyll-Robertson.

Ce malade est revenu en juillet 1906. M. Scherb qui le vit nous a fait l'amitié de l'évacuer à Trousseau où nous étions alors interne.

Des modifications importantes se sont produites dans son état, l'atrophie des membres inférieurs s'est accusée au point de ressembler étrangement par sa topographie à l'atrophie en jarretière du type Charcot-Marie. Les douleurs se sont accusées, il existe peut-être quelques troubles de la sensibilité objective, les pupilles réagissent paresseusement à la lumière. L'ataxie et l'asynergie dominent toujours le tableau symptomatique ; il n'y a pas d'hypertrophie des troncs nerveux.

M. le professeur Ardin-Delteil se propose de faire de ce malade le sujet de leçons cliniques ; ce cas semblant en raison de ces modifications symptomatologiques particulièrement intéressant et difficile à classer exactement.

OBSERVATION N° II

(Résumée. Due à l'obligeance de M. le professeur SCHERB.)

Paralysie générale.

Le nommé Bel...-Ali-ben-Amar, trente-cinq ans, célibataire, ancien tirailleur, a été réformé après huit ans de service pour démence.

Il a été vu, en ville, par M. le D^r Rouby, médecin aliéniste, qui a constaté qu'il était en proie à des hallucinations visuelles et auditives avec incohérence. Il pousse des cris et se met en colère contre des personnes imaginaires. Il n'est pas dangereux cependant.

A l'hôpital, on ne constate aucun stigmate de syphilis. Le malade ne se souvient pas avoir eu de chancre, mais la blennorrhagie. Faiblesse générale : il se tient à peine sur ses jambes. Tremblement généralisé aux membres supérieurs et à la langue. Pupilles paresseuses. Réflexes normaux.

L'affaissement mental est très caractérisé, le faciès stupide, la mémoire profondément atteinte. Ne gâte pas encore pourtant. Il refuse parfois la nourriture ; cependant il est très docile.

On n'a aucun renseignement sur ses antécédents personnels ou héréditaires. On ne sait pas notamment s'il buvait.

Une ponction lombaire est pratiquée le 26 juillet, qui fait constater une abondante lymphocytose.

OBSERVATION N° III

(Résumée. Due à l'obligeance de M. le professeur SCHERB.)

Paraly-sie générale probable.

M. le professeur Scherb a observé cette année un autre indigène atteint de paralysie générale. C'était également un ancien tirailleur, nettement alcoolique.

On constata un léger tremblement de la langue, des réflexes diminués. Mutisme. La ponction lombaire ne put être faite en raison de la résistance du malade. Signe d'Argyll-Robertson ébauché : réflexe lumineux lent et faible.

OBSERVATION N° IV

(Due à l'obligeance de M. le D^r DUMOLARD).

Paraplégie spasmodique syphilitique. Forme d'Erb.

Signe d'Argyll-Robertson.

A... ben S..., indigène, trente-cinq ans, né à Bou-Saada, journalier, ancien tirailleur, entre salle Trouseau, lit n° 27, le 25 avril 1905, pour contracture douloureuse des membres inférieurs.

Rien à signaler dans ses antécédents, sauf ce fait qu'en 1893 il a eu un chancre syphilitique dont on trouve la cicatrice indurée sur la verge. Ce chancre a été suivi d'éruptions cutanées et de plaques muqueuses buccales. Le malade n'a pas été traité.

Il y a quatre ans, début de la maladie actuelle. Sans douleur, a apparu de la faiblesse progressive et de l'impotence fonctionnelle dans les membres inférieurs. Puis, petit à petit, la faiblesse gagnait les membres supérieurs, mais sans y être jamais aussi marquée qu'aux membres inférieurs. Ces derniers, d'ailleurs, depuis longtemps, se sont contracturés en attitude vicieuse. Les deux jambes sont en demi-flexion permanente sur les cuisses. Cette contracture, qui s'accompagne de rétractions tendineuses, ne peut être vaincue ; elle rend la marche impossible et a déterminé aussi l'apparition de douleurs articulaires dans les deux genoux.

La force musculaire est diminuée aux membres supérieurs. Les membres inférieurs sont absolument impotents.

Les réflexes tendineux sont tous très exagérés et s'accompagnent de trépidation épileptoïde. Pas de signe de Babinski. Il n'y a pas non plus de tremblement intentionnel, ni de parole scandée. Pas de troubles de la sensibilité objective.

Les pupilles inégales sont en myosis et présentent le signe d'Argyll-Robertson. Quelques secousses nystagmiformes.

OBSERVATION N° V

(Due à l'obligeance de MM. DUMOLARD et MAILFERT).

Tabès supérieur. Cécité.

A... ben A..., indigène, âgé de trente-cinq ans, né à Djidjelli, habite Alger depuis dix-sept ans. Il vient consulter le Dr Mailfert pour une grande faiblesse de la vue apparue depuis cinq mois ; faiblesse progressivement croissante.

On relève chez lui la syphilis. Il porte la marque d'un chancre phagédénique, induré de la verge, chancre contracté

il y a dix ans. Il n'a pas eu d'autre manifestation de la vérole pour laquelle il ne s'est pourtant jamais soigné.

Il est marié depuis huit ans; sa femme n'a pas fait de fausse couche; mais elle a mis au monde un enfant qui est mort un mois après sa naissance d'une affection indéterminée.

Il y a sept mois, c'est-à-dire deux mois avant l'apparition des phénomènes oculaires pour lesquels il vient consulter, le malade aurait eu à cinq ou six reprises différentes des crises douloureuses dans les membres inférieurs, douleurs lancinantes qu'il compare à des piqûres d'épingles. Ces douleurs duraient quelques heures, pendant plusieurs jours consécutifs, puis elles disparaissaient. Elles n'ont jamais été bien violentes et ont complètement cessé depuis que la vue a baissé.

Aucun phénomène du côté des viscères.

Le malade n'accuse ni troubles de la marche, ni troubles d'incoordination.

Examen objectif. — On constate, du côté des yeux une atrophie papillaire double, surtout marqué du côté droit. De ce côté, le malade ne voit plus du tout; l'œil gauche perçoit encore les impressions lumineuses intenses. Les pupilles égales, sont en mydriases, un peu irrégulières. Elles réagissent nettement à l'accommodation; nullement à la lumière.

Le réflexe rotulien est aboli à droite, il existe à gauche; mais très faible. Les réflexes achilléens sont totalement abolis des deux côtés. Pas de signe de Babinski.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité objective. (La perception osseuse n'a cependant pas été recherchée).

Signe de Romberg positif.

Aux membres supérieurs, il existe une légère incoordination motrice. Il n'y a pas de troubles apparents de la marche. Les petits signes de l'incoordination n'ont pu être recherchés à cause de la cécité du malade.

Le malade n'a jamais eu la sensation de perdre le contact avec le sol ou de marcher sur du coton. Il localise exactement

ses membres dans l'espace et n'a jamais perdu ses jambes dans son lit.

Il n'existe pas d'hypotonie des ligaments articulaires. Rien du côté des viscères, en particulier : rien à l'aorte.

Ben S... est journalier, il a fait pendant huit ans de gros excès d'alcool (absinthe, anisette). Depuis huit ans il ne boit plus que de l'eau.

OBSERVATION N° VI

(Personnelle. Recueillie dans le service de M. le Dr LEMAIRE)

Paraplégie spasmodique syphilitique. Forme d'Erb.

Bouh... Mohammed, né à Camp-du-Maréchal, vingt-sept ans, journalier, est entré, salle Pasteur, le 29 septembre 1906, pour paraplégie. Nous le voyons en décembre 1906.

Il y a six ou sept ans il a eu un chancre superficiel, non suppurant qui n'a pas laissé de cicatrice indurée. Quelques temps après le chancre, est apparue une adénite inguinale, sans rougeur ni chaleur, qui s'est résorbée après quelques jours. A eu mal à la gorge.

Sur la face gauche du cou et sur le devant du thorax : cicatrices gaufrées, souples, sans adhérence aux plans profonds, à contours polycycliques ; cicatrices d'une plaie apparue il y a trois ans, spontanément et qui a duré sept à huit mois. Sur le pubis une large cicatrice avec leuco-mélanodermie, ovulaire, souple.

Ganglions épitrochléens très hypertrophiés. Ganglions inguinaux.

Alcoolisme. Boit deux ou trois anisettes par jour depuis plusieurs années.

Il y a trois mois, le malade se réveille un matin avec de très vives douleurs dans les reins : sensation de clous, qui durent cinq à six jours ; en même temps envies impérieuses d'uriner, cependant le malade doit faire un effort pour émettre les urines. S'il attend il urine sous lui. Incontinence légère des matières fécales.

Quand les douleurs cessent, apparaît de la faiblesse des jambes, le malade se fatigue vite, la marche est gênée et il doit se servir d'une canne. Il y a alors une sensation de fourmillement et de froid dans les jambes et les pieds.

Ces phénomènes s'accroissant le malade entre à l'hôpital.

Il ne peut pas marcher plus de dix minutes sans être obligé de s'arrêter, il se repose quelques secondes et repart. Il ne peut monter les escaliers.

Depuis l'entrée du malade à l'hôpital, les accidents se sont bien amendés. Les troubles urinaires persistent toujours ; mais l'incontinence des matières fécales a disparu. Il existe encore quelques fourmillements, mais pas de douleurs. La paraplégie a notablement diminué et Bouh... Mohammed peut maintenant marcher facilement sans béquilles.

Il a subi le traitement antisiphilitique intensif. Sept injections d'huile grise à 1/40 (VIII gouttes); iodure de potassium 4 grammes par jour.

Examen objectif, le 10 décembre 1906.

Troubles de la mobilité. — Les membres sont lancés avec force se croisant parfois pendant la marche. La pointe du pied racle le sol.

Les troubles parétiques sont peu prononcés. On constate seulement une légère diminution de la force des fléchisseurs de la jambe : le malade résiste moins bien aux mouvements passifs d'extension. Cette même particularité s'observe aux pieds. Force diminuée également dans les adducteurs de la cuisse. Pas d'amyotrophie.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont très exagérés. La percussion du tibia suffit à provoquer le réflexe, la percussion très légère du tendon rotulien produit un réflexe très brusque et très ample avec secousses épileptoïdes de tout le membre. Réflexe contro-latéral à droite.

Clonus inépuisable du pied et de la rotule. Les réflexes sont aussi exagérés aux bras ; sans trépidation épileptoïde de la main.

Pas de signe de Babinski (?)

La sensibilité tactile et à la douleur est conservée partout. Réflexes cutanés conservés.

Pas de modification du sens génésique. Pas de troubles sensoriels, Réflexe irien conservé; la contraction pupillaire est plus lente et moins complète à droite qu'à gauche, sous l'action de la lumière.

Quelques secousses nystagmiformes dans les mouvements de latéralité. Pas de tremblement intentionnel. Pas de troubles de la parole,

Lymphocytose rare, mais exclusive du liquide céphalo-rachidien (huit à dix éléments par champ),

Le malade était encore en traitement; mais très amélioré quand nous avons quitté l'hôpital.

OBSERVATION N° VII

(Personnelle. Recueillie dans le service de M. le D^r LEMAIRE)

Syphilis cérébrale (?) Epilepsie jacksonienne. Monoplégie du bras gauche. Amélioration.

Tah... François, indigène, cinquante-huit ans, briquetier, né à Orléansville, entre à l'hôpital pour crises convulsives le 1^{er} janvier 1906.

Il nie avoir contracté la syphilis, Marié, il a eu neuf enfants, le premier mort à sept jours d'affection indéterminé; la femme n'a pas fait de fausses couches, Ganglions inguinaux et épitrochléens augmentés de volume.

Depuis 1880, le malade a bu sept à huit verres d'absinthe ou d'anisette et deux litres de vin par jour. Ne prend plus que deux ou trois absinthes chaque jour depuis deux ans.

Pas de renseignement sur les antécédents héréditaires. Père et mère morts du choléra 1867.

Il y a deux ans, un matin, il est réveillé par un tremblement du bras gauche; il appelle ses enfants et perd connaissance, il apparaît alors des convulsions cloniques dans le bras gauche, puis la face; la tête s'incline à gauche, les traits

du visage sont déviés de ce même côté, les yeux sont convulsés. Pendant toute la durée de la crise, les convulsions purement cloniques restent limitées au bras gauche, qui est en demi-flexion, la main allongée et fortement déviée sur son bord cubital. La crise dure cinq minutes (?) puis cesse sans stertor. Pas de morsure de la langue. Pas d'émission d'urines.

Le malade est peu fatigué après l'attaque, il a conservé le souvenir de ce qui s'est passé jusqu'à la perte de connaissance, il se rappelle qu'il a ressenti des fourmillements dans le bras gauche et que sa main s'est brusquement déviée et contracturée.

Il a ainsi, trois ou quatre crises consécutives, après lesquelles le bras gauche serait resté immobilisé en demi-flexion, ne pouvant être étendu, ni fléchi spontanément, pendant une douzaine de jours.

Il se porte très bien jusqu'au 1^{er} janvier 1906 : ce jour-là, en rentrant chez lui il ressent une lourdeur dans la jambe gauche et « froid » dans les bras.

Rentré chez lui il a une crise convulsive semblable aux premières.

Le lendemain il est envoyé à l'hôpital ou il entre à la salle Pasteur. A son entrée, il marche avec difficulté ; aurait eu plusieurs crises dans les jours qui ont suivi ; troubles parétiques du côté des bras. Ne peut, seulement, rouler une cigarette. (La feuille de température porte : monoplégie du bras gauche.)

Le 11 mars, « syncope » (?) à la suite de laquelle on remarque une contracture du bras gauche. On institue le traitement syphilitique, (sept piqûres d'huile grise à 1/40).

Il est évacué sur l'asile de convalescents de Parnet, en juin, très amélioré. Il n'a plus d'attaques, marche bien et son bras est plus fort.

Il rentre à nouveau le 25 septembre ; il a eu une nouvelle crise convulsive. Le 28 dans la nuit, il a quatorze attaques subintrantes. Le 29 il est mis, à nouveau, au traitement mercuriel.

Convulsions limitées au bras gauche, le 10 octobre.

Lorsque nous voyons le malade au mois de décembre, il n'a plus eu d'attaques.

Il n'y a pas de paralysie. Au bras gauche diminution de la force, atrophie musculaire au niveau du biceps et du deltoïde.

La marche est troublée, se fait les jambes écartées ; démarche ébrieuse. Il n'y a pas de Romberg. Pas d'asynergie non plus. Le malade proportionne mal l'effort au travail à accomplir ; les mouvements sont exécutés avec une force et une ampleur trop grande. On ne trouve pas les petits signes de l'incoordination ; pourtant la main gauche plane un instant au-dessus de l'objet qu'elle veut saisir, il semble que la parésie soit seule en cause dans ce phénomène.

On constate encore une légère déviation des traits du côté gauche. Le malade ne peut siffler.

Les réflexes sont normaux aux membres inférieurs, exagérés au bras gauche. Pas de trépidation épileptoïde. Pas de signe de Babinski.

Il ne paraît pas y avoir de troubles de la sensibilité, peut-être un peu d'hypoesthésie thermique.

Pas de signe d'Argyll-Robertson. Pas de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. (Le malade venait de subir sept piqûres d'huile grise quand nous avons fait la ponction lombaire). Rien au cœur, ni dans les urines.

OBSERVATION N° VIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr DUMOLARD)

Syphilis cérébro-spinale. Hémiplegie gauche, par thrombose probable. Paraplegie par méningo-myélite. Signe d'Argyll-Robertson.

B... M... ben D., trente-quatre ans, soyeux, a eu la syphilis il y a cinq ans, ne s'est pas soigné. Il n'a jamais eu de manifestations syphilitiques avant le mois de mai 1904.

A cette date, sans ictus, hémiplegie gauche totale et subite,

Il est soigné salle Pasteur, par des injections mercurielles et l'électrothérapie pendant cinq mois et demi. Il sort guéri, pour ainsi dire, de son hémiplegie.

Le 30 mai 1905, paralysie subite — avec quelques douleurs en ceinture — des deux membres inférieurs. En même temps rétention d'urines et des matières fécales. Il entre à Trousseau le 5 juin 1905, et l'on constate l'existence d'une paraplégie spasmodique. Soumis au traitement mercuriel intensif, il sort au bout de quatre mois et demi, très amélioré, pouvant marcher et sans trouble des réservoirs.

Nous voyons le malade en octobre 1905. Il reste une légère paralysie faciale gauche, centrale, qui date de son hémiplegie. Tous les réflexes tendineux sont exagérés ; la motilité volontaire est très suffisante. Signe d'Argyll-Robertson,

Le malade sort, satisfait de son état et nous promet de revenir se montrer pour que nous lui fassions une ponction lombaire. Nous ne l'avons jamais revu.

OBSERVATION N° IX

(Due à l'obligeance de M. le professeur SCHERB). Résumée.

Myélite syphilitique.

M... ben Mohammed, journalier, vingt ans. Aucune maladie jusqu'en 1905 (janvier ou février) où il eut un chancre induré pour lequel il fut traité à la clinique des maladies vénériennes. Il reçoit six piqûres d'huile et quitte l'hôpital sur sa demande.

Au début de mars 1906, le membre inférieur droit devient « lourd », et en même temps, sensation de fourmillement débutant dans le pied et remontant le long de la jambe. Un peu plus tard, la jambe gauche se prend à son tour et la paraplégie est bientôt complète.

Le malade entre à nouveau à l'hôpital, salle Trousseau, le 21 mai 1905. A son entrée, on constate un double syndrome de Brown-Séquard. La paralysie est surtout marquée à

droite, l'anesthésie à gauche, remontant jusqu'à deux doigts au-dessous de l'ombilic. Il existe des troubles des réservoirs, de l'incontinence d'urine depuis un mois, de l'incontinence des matières fécales depuis une quinzaine de jours environ.

Les réflexes rotuliens sont très exagérés, le réflexe crémastérien est aboli et le réflexe abdominal n'apparaît qu'au-dessus de l'ombilic. Des deux côtés, mais plus marqué à droite, on trouve le signe de Babinski.

Il y a en outre une contracture très forte des membres inférieurs avec clonus inépuisable du pied et de la rotule.

Le malade est soumis au traitement mercuriel intensif : quatre piqures de calomel du 22 mai au 6 juin avec 4 grammes d'iodure de potassium. Le traitement est interrompu du fait d'une stomatite. Nouvelles injections de calomel le 2, le 10 et le 18 juillet.

A ce moment on note une amélioration très sensible, l'incontinence des matières et des urines a totalement disparu. La paralysie a un peu cédé, le malade peut s'asseoir sur son lit et soulever légèrement ses jambes.

Le traitement mercuriel est cessé le 18 juillet, après la septième piqure ; mais dans la nuit du 2 ou 3 août apparaissent des crises épileptiformes. Le traitement est alors repris avec du bi-iodure de mercure à raison de 0 gr. 02 par jour ; ce traitement fut fait pendant cinq périodes de quinze jours.

Depuis cette époque la guérison n'a fait que s'accroître, la motricité s'est peu à peu rétablie, le malade a pu marcher avec des béquilles, enfin avec une canne. La démarche est spasmodique, le malade marche sur la pointe des pieds.

Il sort le 19 novembre 1906 très amélioré.

OBSERVATION N° X

(Due à l'obligeance de M. le Dr DUMOLARD).

Syphilis cérébrale. Hémiplégie. Signe d'Argyll.

I... K., indigène, garçon de café, cinquante-cinq ans, non alcoolique (?) entre, salle Trousséau, le 21 janvier 1902 port

une hémiplegie droite, datant de trois semaines, survenue dans les conditions suivantes : sans aucun signe prémonitoire, le malade s'est réveillé un matin, ne pouvant parler et le côté droit parésié. Au bout de quelques jours, les troubles moteurs ce sont accentués. Ce sont ceux qui amènent le malade à l'hôpital.

Examen : Hémiplegie cérébrale droite classique à la période de contracture latente ; les troubles de la parole existent encore un peu. Réflexes exagérés à droite. Signe de Babinski de ce côté.

Le malade nie la syphilis, on trouve cependant quelques cicatrices cutanées très suspectes et le signe d'Argyll-Robertson des plus nets. Pour ces raisons on suppose que son hémiplegie relève de la syphilis et le traitement spécifique par piqûres journalières de bi-iodure de mercure est institué. Rien au cœur ; rien dans les urines.

Au bout de trois jours, le malade sort sans qu'aucun raisonnement puisse le retenir.

OBSERVATION N° XI

(Due à l'obligeance de M. le D^r DUMOLARD).

*Syphilis cérébrale. Hémiplegie droite datant de deux mois.
Signe d'Argyll-Robertson.*

M... ben A., âgé de trente-huit ans, entre salle Trousseau, lit n° 15, pour hémiplegie droite organique, datant de deux mois.

Il prétend n'avoir jamais eu la syphilis, cependant on trouve les ganglions inguinaux et les ganglions épitrochléens très notablement hypertrophiés. Il porte, en outre, dans la région fessière des cicatrices très suspectes. L'an dernier le malade a été soigné, salle Ricord (clinique des maladies vénériennes) pour une ulcération sus-pubienne qui a laissé une cicatrice arrondie, mobile, à contours en arceaux, qui ne laisse pas de doute sur l'existence de la syphilis.

Il y a deux mois, sans vertige, ni céphalée, sans signes prémonitoires, ictus apoplectique, à la suite duquel s'est installée une hémiplegie droite de la face et des membres. Rien au cœur. Rien dans les urines.

Actuellement, hémiplegie droite avec contracture. Démarche, en fauchant. Réflexes exagérés du côté hémiplegié. Clonus du pied et de la main. Signe de Babinski à droite.

Les pupilles sont inégales, irrégulières. La pupille droite réagit très mal à la lumière, la gauche ne réagit pas du tout,

La ponction lombaire n'a pu être faite, le malade est sorti le jour même de son entrée.

OBSERVATION N° XII

(Due à l'obligeance de M. le Dr DUMOLARD).

Syphilis cérébrale. Signe d'Argyll-Robertson.

S... ben S..., trente ans, portefaix, entre salle Trousseau, le 10 mai 1902, pour céphalée et douleurs généralisées.

Il avoue avoir eu la syphilis, il y a dix ans, et l'on trouve la trace indurée du chancre sur la verge ; tous les ganglions accessibles au palper sont volumineux et on note des cicatrices de lésions tertiaires sur les téguments.

Depuis deux mois, le malade a de grands maux de tête, céphalée surtout nocturne, avec douleurs dans la continuité des membres. Le malade a, en outre, constaté que les membres du côté gauche devenaient plus faibles. Il n'existe pas, cependant, de paralysie proprement dite. Les réflexes tendineux sont notablement plus forts à gauche, où il y a une ébauche de trépidation épileptoïde. Pas de signe de Babinski. Signe d'Argyll-Robertson.

La respiration est soufflante au sommet gauche ; à la base, du même côté, il existe quelques râles sous-crépitaux.

Rien au cœur, ni dans les urines.

La ponction lombaire est pratiquée et l'examen du liquide céphalo-rachidien montre une lymphocytose assez abondante.

Le malade est mis au traitement spécifique, il sort de l'hôpital, amélioré, quelques temps après.

OBSERVATION N° XIII

Recueillie à l'hôpital de Birtraria. Service de M. le D^r MOGGI
MM. DUMOLARD et SICARD

Méningite syphilitique probable.

Sib... Chérif ben Belkassem, trente-cinq ans, né à Haussvillers, est entré à l'hôpital de Birtraria pour paludisme.

Pendant une vingtaine de jours il a présenté de la fièvre, il se plaignait de maux de tête très violents et avait des vomissements. Le traitement quinique est resté sans action. Pas de grosse rate.

Lorsque nous voyons le malade, il est apyrétique. Quelques jours auparavant est apparu une chute de la paupière supérieure droite qui a attiré l'attention du côté du système nerveux.

Il existe une paralysie totale du moteur-oculaire commun, strabisme, dilatation pupillaire et perte du réflexe. Pas de paralysie des autres nerfs crâniens. Maux de tête à maximum la nuit. On relève en outre un léger degré de Kernig. Le réflexe plantaire à droite se fait en extension. Les réflexes tendineux sont forts, mais égaux en intensité des deux côtés, il n'y a pas de trépidation épileptoïde.

Nous ne pouvons obtenir aucun renseignement sur les antécédents du malade. On ne trouve aucune lésion chronique des organes. Le sujet est très amaigri et toujours altéré, la recherche du sucre est négative.

La ponction lombaire n'a pu être faite.

OBSERVATION N° XIV

(Personnelle. Résumée.)

*Paraplégie spasmodique. Myélite chronique.
Signe d'Argyll-Robertson.*

X..., indigène, trente-cinq ans, ancien tirailleur, alcoolique, a eu la syphilis pour laquelle il fut traité par M. le professeur Gemy.

Il y a deux ou trois ans, douleurs lombaires et douleurs en ceinture violentes et persistantes. Paraplégie flasque avec incontinence d'urine et des matières fécales. Actuellement paraplégie spasmodique. Démarche typique. Réflexes très exagérés. Signe de Babinski. Signe d'Argyll-Robertson. Pas de troubles de la sensibilité.

OBSERVATION N° XV

(Due à l'obligeance de MM. SCHERB et DUMOLARD).

Méningite cérébro-spinale à méningocoques.

M... ben S..., indigène, portefaix, âgé de vingt ans, entre salle Trousseau le 20 janvier 1906.

C'est un alcoolique.

Début de la maladie, subit, il y a quatre jours, par de la fièvre, de la céphalée, du coryza et de la conjonctivite.

Examen: On trouve le malade couché « en chien de fusil » Signe de Kernig manifeste. Raideur de la nuque. La motilité volontaire est normale; il n'y a pas de contracture des membres. Les réflexes tendineux sont forts, surtout à droite, mais il n'y a pas de trépidation épileptoïde. Pas de Babinski. Pas de phénomènes bulbaires, mais paralysie de la sixième et de la septième paire cervicales du côté gauche. Pas de nystagmus. Les pupilles réagissent bien. La sensibilité est normale.

La gorge est rouge. La température, 38°. Une ponction

lombaire ramène du pus qui renferme des polynucléaires avec des diplocoques intracellulaires.

Le 21 janvier, apparition d'une dyspnée intense, sans lésions apparentes. Pouls très rapide. Température, 39° 4. Les réflexes tendineux et cutanés sont abolis, peut-être par hypertension du liquide céphalo-rachidien. Une deuxième ponction lombaire est faite ; le pus est tellement épais qu'on ne ramène qu'un ou deux grumeaux purulents par aspiration.

Mort le 22 janvier.

Autopsie le 23 : La moelle est comme coulée dans un manchon de pus vert, concret, solide, qui couvre toute la base du cerveau et du cervelet et comble les cavités ventriculaires.

Le foie est énorme, cirrhotique.

La rate est grosse, scléreuse.

Rien aux autres organes.

OBSERVATION N° XVI

(Due à l'obligeance de M. le D^r DUMOLARD)

Méningite cérébro-spinale pneumococcique.

H... ben S..., indigène, entre salle Trousseau, lit n° 3, le 8 novembre 1902. Il est dans le sub-coma. On l'a ramassé sur la voie publique à Maison-Carrée.

Le 9 novembre au matin : délire et agitation très marqués. Raideur de la nuque et signe de Kernig. Rétention d'urine. Pas de selles depuis son entrée. Douleurs dans la tête et les quatre membres. Langue très sèche. Pas d'herpès. Pas de strabisme. Les deux pupilles sont dilatées ; mais inégalement, la droite plus largement que la gauche. La pupille droite ne réagit ni à la lumière, ni à l'accommodation. La gauche est paresseuse. T. = 37° 8. Le pouls est bon.

Le 9 novembre au soir, le coma devient complet, la température s'élève, le pouls devient fréquent. Le malade meurt avec, aux lèvres, une expectoration mousseuse. Respiration stertoreuse.

Autopsie le 10 novembre.

La moelle est baignée dans le pus qui l'entoure comme d'un manchon. A la base du cerveau, à la surface des hémisphères, exsudat concret le long de tous les vaisseaux. Il y a du pus dans les ventricules.

La base du poumon gauche est splénisée ; on trouve des adhérences pleurales à ce niveau. Autour de la lésion : œdème pulmonaire.

Un peu de liquide séreux dans le péricarde. Les autres organes sont sains.

N. B. — L'analyse du liquide céphalo-rachidien, pendant la vie a montré que l'agent causal était le pneumocoque.

OBSERVATION N° XVII

(Due à l'obligeance de M. le D^r DUMOLARD)

Méningite tuberculeuse consécutive à une tuberculose pulmonaire. — Autopsie.

M... ben S..., journalier, indigène, âgé de vingt-huit ans, entre salle Trousseau, lit n° 12, le 6 mars 1902, parce que depuis douze jours il a de la fièvre et des maux de tête très violents.

C'est un malade très amaigri qui a déjà fait deux séjours au dispensaire municipal pour bronchite chronique.

Il présente actuellement, aux deux sommets, des signes manifestes d'excavation pulmonaire ; mais, en outre, accuse de la céphalée, des vomissements fréquents ; de la constipation, une dyspnée intense, même dans le décubitus horizontal. Le pouls est relativement lent, à 56, la température est à 39°. Le ventre est rétracté. Il n'existe pas d'autres signes de lésion méningée.

Le 8 mars, une ponction lombaire donne issue à un liquide clair, tenant, cependant quelques particules en suspension. La citologie accuse la présence de nombreux polynucléaires et de bacilles de Koch.

Le 9 mars. Raideur de la nuque. Kernig. Contracture des

membres supérieurs. Pouls 64. Respiration 64. Strabisme par paralysie du moteur oculaire externe gauche.

Mort le 14 mars.

Autopsie : Tuberculose pulmonaire avec excavations.

Méningite tuberculeuse. Le pus, concret, à la base du cerveau s'étale en fusées purulentes le long des sylviennes.

OBSERVATION N° XVIII

(MM. le professeur ARDIN-DELTEIL, LEMAIRE et SICARD).

Épilepsie jacksonnienne. Tubercule de la base.

Ar... ben Mezian, vingt-trois ans, journalier, né à Fort-National entre à la clinique médicale, salle Trousseau le 25 septembre 1906.

Pas d'antécédents héréditaires. Cicatrice de lésions anciennes tuberculeuses de l'épididyme droit, a eu une hydrocèle. Pas d'alcoolisme.

Au mois de juillet dernier le malade travaillait au chargement d'un chaland quand il ressentit les premières atteintes de son mal.

Il sent, subitement qu'il n'avait plus de force dans le bras droit, laissa choir sa charge et tombe lui-même à terre. Quelques convulsions cloniques. Pas de perte de connaissance. Pendant une demi-heure il reste étendu sans pouvoir se relever « le bras droit et la jambe morts ». La fin de la crise n'est marquée d'aucun des symptômes qui suivent l'attaque d'hystérie.

Nouvelle attaque quelques jours plus tard. Les membres du côté droit sont pris de tremblements. Le malade tombe sans perdre connaissance; il se relève quelques instants après; la force est diminuée à droite, il y a quelques troubles de la vue très passagers.

Dans la quinzaine suivante deux nouvelles crises. La dernière a été annoncée par une sensation de doigt mort au niveau du gros orteil.

A la suite de ces attaques le malade fait une première

entrée à l'hôpital. Il présente alors de la parésie de tout le côté droit, mais frappe surtout par son état mental. Il manifeste un grand abattement, c'est d'un ton dolent, d'une voix éteinte qu'il répond, en quelques mots aux questions qu'on lui pose. La reconstitution des crises qu'il avait eues ne put être faite; on apprit seulement qu'il tombait parfois et qu'après ses chutes il ne pouvait plus se servir de ses membres droits.

Cet état psychique, l'absence de tout signe de paralysie organique firent alors songer à l'hystérie. On trouva l'abolition du réflexe pharyngé, une diminution marquée du réflexe cornéen et du réflexe nasal et une zone sensible au niveau du sein.

Pendant son séjour on avait constaté l'existence d'une hydrocèle vaginale, le malade est évacué en chirurgie pour être opéré (27 juillet 1906).

Le surlendemain de son évacuation il a une crise, il tombe sans perdre connaissance. Convulsions cloniques dans tout le côté droit. Pas de stertor. Pleurs à la fin de l'attaque. Le 7 août; il a une seconde attaque; la phase clonique est précédée par une phase tonique. Sommeil après l'attaque. Perte de la mémoire.

Jusqu'au 25 septembre où il est réévacué à Tousseau le malade a ainsi une vingtaine de crises. Presque toujours il les annonce et a le temps de se coucher; généralement pas de perte de connaissance; elles se caractérisent par des convulsions cloniques dans le côté droit, parfois n'intéressent qu'un membre (bras ou jambe), ou se limitent à un simple tremblement. Quelques-unes peut-être sont rattachables à l'hystérie, elles furent arrêtées par la pression des testicules. Le malade lui-même en a interrompu en serrant une cuiller dans ses mains.

En même temps apparaissent des troubles de la vue qui progressivement, aboutissent à une cécité à peu près complète. L'examen ophtalmoscopique pratiqué alors ne décèle aucune lésion.

Céphalée très intense du côté droit pendant quelques jours, accompagnée de vomissements aqueux.

C'est avec ces renseignements que le malade est évacué à Trousseau le 25 septembre.

Pendant tout son séjour dans cette salle, il n'a que deux attaques, l'une a consisté simplement en un tremblement de bras droit.

L'examen objectif révèle de la diminution de la force du côté droit, sans paralysie ni amyotrophie.

Réflexes tendineux, conservés. Dans la marche, il sautille sur la jambe droite. L'examen ophtalmoscopique décèle une atrophie de la papille avec halo nacré, vaisseaux affaissés, due probablement à une névrite descendante par inflammation propagée. Pas de perte du réflexe lumineux. Un examen précédent avait fait constater de l'œdème papillaire.

Pas de troubles de la sensibilité.

On a pratiqué la ponction lombaire, le liquide très hypertendu a jailli à environ 40 centimètres. Lymphocytose abondante.

La recherche de la perméabilité méningée à l'iodure de potassium a été négative et fait écarter l'hypothèse de méningite et admettre l'existence d'un tubercule de la base ayant déterminé les phénomènes de compression et la réaction inflammatoire observés.

OBSERVATION N° XIX

(Due à l'obligeance de M. le D^r DUMOLARD).

Hydrocéphalie ventriculaire. Myxœdème.

Autopsie.

M... ben M..., d'âge indéterminé (vingt ans environ), né à Rouiba, entre salle Trousseau, le 20 décembre 1904. On l'a ramassé sur la voie publique.

Il est incapable de donner sur sa famille et sur lui-même aucun renseignement précis, il contredit, en effet, d'un jour

à l'autre ses affirmations. Ce qui frappe au premier abord c'est son état de débilité intellectuelle. Véritable imbécile, il présente de nombreux stigmates de dégénérescence, les dents sont irrégulières, mal plantées, les oreilles mal ourlées et le pavillon démesurément grand. La vue, cependant, et l'ouïe sont normales. Mais il est impubère, monorchide, son nez est épaté ; son faciès béat, quoique la charpente du tronc et des membres soit celle d'un adulte robuste, est celui d'un enfant.

On ne trouve pas trace certaine de syphilis héréditaire ; mais le tissu cellulaire est le siège d'un empâtement diffus, mollasse (empâtement surtout marqué à la région fessière et à la face) qui attire l'attention du côté du corps thyroïde qui semble notablement hypertrophié. La boîte crânienne est volumineuse, le front surtout est très haut. Le malade n'a jamais pu apprendre à lire ni à écrire. De son histoire, une seule chose semble être à peu près certaine, c'est que les troubles de la marche dont il se plaint surtout et dont nous allons parler ont toujours existé ; mais, qu'ils semblent diminuer d'intensité à mesure que le malade avance en âge.

Le malade a de la peine à se tenir debout. Sa démarche est assez typique, elle est spasmodique et rappelle aussi la démarche en canard de la luxation congénitale de la hanche. Elle est due, sans doute, à ce fait que le membre inférieur droit est légèrement plus grand que le gauche.

La force musculaire est bien conservée ; mais les mouvements volontaires sont maladroitement exécutés. Pas de nystagmus. Pas de tremblements. Pas de troubles cérébelleux. Pas de signe d'Argyll-Robertson.

La réflectivité tendineuse est exagérée aux quatre membres. Il y a de la trépidation épileptoïde bilatérale. Signe de Babinski à gauche.

Le malade sort de l'hôpital le 30 janvier. Quelques jours après, il est ramené dans un autre service pour une broncho-pneumonie dont il meurt.

Autopsie faite le 10 mars par M. le Dr Lemaire.

Voici les lésions constatées :

Poumons : Adhérences pleurales bilatérales, anciennes, des deux sommets. Broncho-pneumonie des deux bases.

Cœur : Plaques d'endocardite ancienne sur la mitrale.

Cerveau : La calotte crânienne est très mince et ne mesure pas plus de 0.003 millimètres d'épaisseur. Dès la section des méninges, écoulement très abondant (1 litre) de liquide céphalo-rachidien.

Le cerveau s'étale sur la table d'autopsie. A la section : les cavités ventriculaires, tant les ventricules latéraux que le ventricule moyen, sont énormément dilatées et contiennent une quantité considérable de liquide.

La substance cérébrale est réduite notablement de volume, surtout à la face interne des hémisphères où elle mesure 2 centimètres au plus. Elle forme pour ainsi dire, une capsule d'enveloppe aux cavités dilatées.

Pas de lésions méningées. Pas trace d'anciennes lésions corticales.

Le corps thyroïde est formé de deux lobes très inégaux, le droit plus gros que le gauche. Il est hypertrophié, mais dur, parsemé de travées scléreuses qui résistent à la section, on y trouve de nombreux petits kystes.

Les autres organes sont macroscopiquement sains.

OBSERVATION N° XX

(Due à l'obligeance de M. le D^r DUMOLARD).

Sclérose en plaques.

Y... ben B..., indigène, trente-huit ans, garçon boucher entre à l'hôpital, salle Trousseau, lit n° 8, le 4 février 1904 pour faiblesse et troubles de la marche.

Il a eu la variole dans l'enfance. Pas de syphilis acquise, pas de trace d'une syphilis héréditaire.

Il y a deux ans, l'affection actuelle a débuté par de la faiblesse des membres inférieurs, suivie de tremblement. Depuis huit mois, surtout, la faiblesse s'est accentuée, le

malade ne peut rester debout et la force musculaire a diminué aussi dans les membres supérieurs. En outre le malade se plaint de quelques douleurs fugaces, légères.

Examen objectif. — Il n'y a pas de paralysie, à proprement parler, mais, diminution de la force musculaire et difficulté dans l'exécution de certains mouvements. Pas d'atrophie musculaire. La démarche est spasmodique, sans être titubante. Les réflexes rotuliens sont exagérés; plus à droite qu'à gauche. Trépidation spinale bilatérale, surtout marquée à droite. Pas de signe de Babinski. Les réflexes tendineux des membres supérieurs sont aussi très exagérés. L'état du réflexe massétéрин est impossible à rechercher, le malade contractant toujours ses muscles masticateurs pendant cette recherche.

Quelques mouvements nystagmiformes transversaux; mais pas de nystagmus net.

La parole est lente, saccadée, embarrassée, il existe enfin une ébauche de tremblement intentionnel. En plus de ces troubles existent quelques perturbations dans les fonctions synergiques des mouvements mis en évidence par la difficulté d'exécution des mouvements rapides et successifs à la main gauche.

Pas de troubles de la sensibilité objective.

Le malade sort fin février 1904.

OBSERVATION N° XXI

(Due à l'obligeance de M. le D^r DUMOLARD).

Tumeur du cervelet. Autopsie.

X..., indigène, entre à l'hôpital, salle Trousseau, pour contracture généralisée. Pas d'autre symptomatologie. Il meurt peu après son entrée.

A l'autopsie, on constate : dans le lobe gauche du cervelet,

en plein centre, une tumeur arrondie, grisâtre, de consistance uniforme, de la grosseur d'une petite noix.

(L'observation sera publiée *in extenso* quand l'examen microscopique aura été fait.)

OBSERVATION N° XXII

(Personnelle).

Epilepsie essentielle.

Le nommé Seb .. Mohammed, quarante-huit ans, cultivateur, né à Chebli (département d'Alger), où il habite depuis sa naissance, entre à la clinique médicale, salle Trousseau, le 24 décembre 1906, pour entérite.

Au cours de son traitement, il a eu une attaque d'épilepsie nettement caractérisée. Pas d'aura, mais cri, chute subite, perte de la connaissance, mouvements cloniques généralisés et écume aux lèvres. Léger stertor après la crise, fatigue et céphalée pendant quarante-huit heures. Ne garde aucun souvenir de ce qui a précédé l'attaque.

Le malade est sujet à ces crises depuis une trentaine d'années ; c'est vers l'âge de vingt ans qu'elles ont apparu. A cette époque, le malade, qui travaillait depuis cinq ans environ chez des colons européens, faisait quelques excès d'alcool. Dès l'âge de quinze ans, il buvait à jeun un verre d'anisette pour « s'échauffer », deux ou trois verres de vin dans la journée, à ses repas. Il n'aurait que très exceptionnellement fait de plus grands abus ; depuis une quinzaine d'années il ne boit plus.

Pas de stigmates de dégénérescence, mais des traces nombreuses des blessures faites dans les chutes. Le malade a presque toutes ses dents cassées. Déficit intellectuel marqué. La mémoire est très altérée. Il avait oublié qu'il avait un frère.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Père et mère morts du choléra. Deux frères bien portants.

Les attaques sont assez fréquentes : une à deux par mois. Le malade a été mis au traitement bromuré.

OBSERVATION N° XXIII

(Due à l'obligeance de M. le D^r GILLOT
et de M. le D^r DUMOLARD).

Maladie de Parkinson.

H... ben M... K..., quarante-deux ans, indigène, journalier, ancien tirailleur, entre à l'hôpital de Mustapha, salle Hardy, d'où il est évacué après quelques jours à la clinique médicale : se plaint de douleurs, de faiblesse et de tremblement.

Rien de particulier dans ses antécédents ; il a trois frères bien portants.

Le malade a toujours joui d'une bonne santé jusqu'il y a deux mois ; mais il avoue avoir fait au service militaire de gros excès d'alcool de tous genres (vin, absinthe, rhum). Pas de syphilis acquise ou héréditaire.

Il y a deux mois, sans raison, début insidieux de la maladie actuelle par faiblesse générale, douleurs articulaires et enfin tremblement. Tous ces phénomènes se sont aggravés depuis vingt jours, les douleurs, plus violentes, se sont localisées de préférence à la colonne lombaire, la faiblesse a augmenté surtout dans le côté gauche et le tremblement, primitivement localisé aux mains, s'est propagé à la tête. Le malade accuse, lorsqu'il marche une sensation de rétropulsion, toute subjective, d'ailleurs ; il est sujet à des bouffées de chaleur.

Il se présente avec le faciès figé caractéristique et l'attitude soudée en extension. Les bras sont collés au corps et les doigts animés d'un tremblement rythmique au repos, tremblement plus accusé à gauche qu'à droite et qui s'étend

aux muscles de la nuque, dès que le malade se fatigue. Les phalanges des doigts sont fléchies sur le métacarpe, les phalangines et les phalangettes étendues sur les phalanges, le pouce rapproché des autres doigts.

Force musculaire très diminuée, surtout à gauche. La résistance aux mouvements passifs est, en effet, manifestement plus grande du côté droit. Les mouvements volontaires sont tous possibles ; mais les mouvements délicats des doigts sont difficiles.

Pas de nystagmus. Pas d'Argyll.

Les réflexes tendineux sont brusques et forts, plus étendus à gauche qu'à droite. Pas de trépidation épileptoïde. Pas de Babinski.

Hypoesthésie généralisée à toute la moitié gauche de la face, du tronc et des membres. Pas de rétrécissement du champ visuel. La sensibilité à la douleur et à la chaleur est normale. Pas de troubles sensoriels.

■ Pas de rétropulsion manifeste. Pas de troubles psychiques.

La ponction lombaire donne issue à un liquide limpide, sans éléments figurés.

Le 20 décembre, injection de 0,025 milligrammes de scopolamine qui pendant une heure modifie le tremblement, mais produit des accidents : vertige, hallucinations, faiblesse du pouls.

Le malade sort de l'hôpital dans les premiers jours de février.

OBSERVATION N° XXIV

(Résumée)

(Due à l'obligeance de M. le D^r DUMOLARD)

Hystérie. Polyurie chez une femme indigène civilisée. Syphilis.

Françoise ben O..., entre à deux reprises à l'hôpital pour des fièvres paludéennes et de la céphalée.

La deuxième fois, entre salle Andral, le 28 novembre 1901,

où l'on constate qu'en même temps que des accès de fièvre elle a la syphilis. Il existe, en effet, à l'insertion deltoïdienne droite un placard de tuberculides syphilitiques de la largeur de la paume de la main ; il existe encore une ostéite bilatérale sus-orbitaire et une ostéite du maxillaire inférieur gauche. Toutes ces lésions sont spécifiques.

La malade présente encore de la polyurie, même pendant ses accès de fièvre qui sont journaliers. Cette polyurie qui s'élève à 2 litres, 2 litres 1/2, 3 litres par vingt-quatre heures s'accompagne d'une soif impérieuse. Rien d'anormal dans les urines, analysées à plusieurs reprises.

Aucun signe d'affection organique du système nerveux, mais il existe des stigmates nets d'hystérie : hypoesthésie au tact et à la piqure dans tout le côté gauche du corps, abolition à gauche des réflexes pharyngien et cornéen, zone hystérogène ovarienne ; la malade sent moins bien de la narine droite. Pas de rétrécissement du champ visuel, ni de troubles dans la perception des couleurs.

La malade est soumise au traitement mercuriel et ioduré. Elle se blanchit ; la fièvre disparaît ainsi que la céphalée. Mais la polyurie persiste, ainsi que les stigmates hystériques.

La malade sort le 12 décembre.

OBSERVATION XXV

(Personnelle)

Neurasthénie. Dyspepsie.

X... ben Meurad, trente-cinq ans, commerçant à Bougie entre salle Trousseau le 25 juillet 1906.

Il vient à Alger parce qu'il a été ensorcelé, il a un « djin » dans l'estomac et demande à être vu à la radiographie. Commerçant à Bougie il a eu de nombreux soucis pendant ces derniers mois ; à ces tracasseries se sont joints des ennuis domestiques. Il veut répudier sa femme et c'est à la suite d'un dîner qu'il a pris avec son beau-frère qu'il a ressenti les premières atteintes de son mal. Depuis il est continuelle-

ment tourmenté par les bonds auxquels se livre le mauvais génie. Il a perdu son appétit et ses forces, il digère mal,

L'examen nous le montre, en effet, assez amaigri, mais il frappe surtout par son abattement.

Il n'y a pas de dilatation d'estomac, mais à travers la paroi abdominale, atone et flasque, on perçoit très facilement les battements aortiques qui impressionnent si profondément le malade.

La nuit il ne peut dormir et se lève le matin très las. Le découragement est très grand. Pas de vertiges.

L'hydrothérapie et une médication tonique sont institués ; mais le malade est venu pour être vu aux rayons X dont il attend la guérison. On doit se prêter à son désir. Depuis le « djin » a cessé ses évolutions, mais la lassitude persiste.

Quelques temps après le malade sort guéri.

OBSERVATION N° XXVI

(Due à l'obligeance de MM. GILLOT et DUMOLARD)

Hémiplégie infantile gauche. — Hémiathétose.

A... ben M..., seize ans, né à l'Arba, demeurant à Alger, sans domicile fixe entre le 7 novembre 1904 à l'hôpital de Mustapha (salle Hardy, n° 28) pour favus, en sort le 13 novembre.

Il présente une hémiathétose gauche qui date de l'extrême enfance ; il pense qu'il est né avec cette maladie ; ne peut donner aucun renseignement sur l'accouchement de sa mère, le concernant.

Réflexes exagérés. Pas d'attaques convulsives. Tout le côté gauche est raccourci par rapport au côté droit.

Ses parents sont morts depuis longtemps, il est sans famille.

A ces observations nous ajouterons la liste des cas suivants :

N° 27, hémiplégie syphilitique (signe d'Argyll)

(Dumolard); n° 28, myélite aiguë syphilitique (Dumolard); n° 29, syphilis cérébro-spinale (Dumolard); n° 30, céphalée syphilitique (Argyll, Dumolard); n° 31, hémiplégie gauche syphilitique (Dumolard); n° 32, myélite aiguë syphilitique (Cochez et Dumolard); n° 33, tabès (Brault et Gillot); n° 34, tabès incipiens (Dumolard); n° 35, tabès (Scherb, historique); n° 36, paralysie générale (Scherb, historique); n° 37, névrite alcoolique (Dumolard); n° 38, polynévrite motrice alcoolique (Dumolard); n° 39, polynévrite alcoolique chez un aliéné (Sicard); n° 40, méningite cérébro-spinale (Dumolard); n° 41, méningo-myélite traumatique (Dumolard); n° 42, hémorragie cérébrale (Dumolard); n° 43, abcès cérébelleux d'origine otique (Dumolard); n° 44, paraplégie gauche, par compression (Dumolard); n° 45, ramollissement cérébral (chez un vieillard) (Dumolard); n° 46, hémiplégie par embolie (rétrécissement mitral pur (Dumolard); n° 47, hémiplégie (Dumolard); n° 48, compression du cône médullaire (Dumolard); n° 49, aphasie (Dumolard); n° 50, paralysie infantile (Sicard); n° 51, pied bot paralytique (Sicard); n° 52, poliomyélite antérieure de l'enfance (Sicard); n° 53, Tétanos (Sicard); n° 54, méningite (Sicard); n° 55, poliomyélite antérieure de l'enfance (Sicard); 56, neurasthénie (Sicard); n° 57, maladie de Parkinson (Dumolard); n° 58, neurasthénie (Dumolard); n° 59, épilepsie ambulatoire (Dumolard); n° 60, délire polymorphe (Dumolard); n° 61, démence précoce (Scherb); n° 62, tabès (Scherb).

CHAPITRE II

De la fréquence des maladies nerveuses.

Les observations de maladies nerveuses chez les indigènes se sont tellement multipliées dans ces dernières années que l'on est amené à douter fortement qu'elles constituent une rareté et que leur fréquence soit moins grande que chez les Européens.

Mais si la question se pose la solution n'est pas facile. S'il s'agissait seulement de relever la proportion des maladies nerveuses chez les Arabes et chez les Européens, ce ne serait qu'une question de chiffres et il suffirait d'accumuler les statistiques ; mais une telle considération n'aurait qu'un bien médiocre intérêt. Ce qu'il est important de connaître, c'est la sensibilité du système nerveux chez les indigènes. Pour cette recherche tous les faits n'ont pas la même valeur et il convient d'établir une distinction entre les maladies propres du tissu nerveux ou encore des méninges, qui lui sont si étroitement subordonnées et dont la différenciation est si particulière, et les manifestations nerveuses, sous la dépendance de causes extérieures.

Voici, par exemple, une gomme osseuse du crâne, évoluant vers la profondeur et atteignant la région rolandique, elle va déterminer les accidents de l'épilepsie jacksonnienne; mais en quoi ce fait prouvera-t-il une susceptibilité particulière du système nerveux? Il en sera de même d'un mal de Pott, d'une tumeur du rachis, d'une thrombose ou d'une embolie. Ce sont là des conditions purement mécaniques d'irritation ou de déficit du système nerveux, sous la dépendance de lésions de voisinage; mais indépendantes de toute question de prédisposition ou de résistance.

Leur valeur ne saurait être comparée à celle d'une hémiplégie syphilitique, par méningite gommeuse diffuse, par exemple, à une tumeur cérébrale, à un tabès ou à une sclérose en plaques.

Mais le départ entre les maladies nerveuses proprement dites, causées par une modification organique ou fonctionnelle primitive du système nerveux et les manifestations dues seulement au retentissement des lésions des organes adjacents ne sera pas toujours aisé. Il sera souvent bien difficile de dire quelle est la cause certaine d'une hémiplégie ou d'une épilepsie jacksonnienne.

Dans le doute, il nous a paru qu'il était préférable de ranger les cas dans lesquels le diagnostic de nature n'avait pu être établi d'une façon suffisamment précise dans la classe des manifestations nerveuses et de les éliminer de notre statistique; ainsi nous éviterons une cause d'erreur, d'autant plus importante que nos raisonnements ne s'appuient que sur des faits encore peu nombreux.

Cependant, nous croyons que l'on ne saurait nier toute importance aux manifestations nerveuses. Si leur nombre était très élevé il pourrait bien indiquer une certaine infériorité. Nous avons classé dans un même groupe les lésions purement traumatiques et d'autres lésions comme l'hémorragie cérébrale ; elles ne sont pas, cependant, absolument comparables et si la fréquence des dégénérescences nerveuses par section d'un nerf ne peut rien prouver ; il ne nous semble pas que l'on puisse appliquer, intégralement, le même raisonnement à la fragilité des vaisseaux de l'encéphale. Il y a là, tout au moins, une cause de moindre résistance dont il faudrait bien tenir un peu compte. C'est pour cela que nous avons cru bon de rapporter tous les cas que nous avons pu recueillir.

En l'espace de quatre années (1) nous avons pu rassembler un total de 62 cas dans lesquels nous relevons seulement 11 manifestations, se répartissant ainsi :

1. Méningo-myélite traumatique.
2. Hémiplegie chez un enfant, avec hémiathétose.
3. Hémorragie cérébrale.
4. Abscès cérébelleux.
5. Paraplegie gauche, par compression médullaire.
6. Ramollissement cérébral (vieillard).
7. Hémiplegie droite par embolie (rétrécissement mitral pur).

(1) Nos observations se répartissent sur quatre ans ; mais les cas recueillis à la clinique médicale ne se rapportent qu'aux semestres d'hiver, sauf pour une année, où la statistique des mois d'été a pu être faite.

8. Hémiplégie (?).
9. Compression de la moelle.
10. Aphasie.
11. Paralyse (?) chez un enfant.

Ces 11 cas éliminés il nous reste 51 observations qui ne représentent certainement pas la totalité des malades passés à l'hôpital; mais, presque uniquement ceux qui ont fait un séjour à la clinique médicale et dans la salle des hommes seulement. La femme arabe, en effet, ne vient presque jamais à l'hôpital, nous n'en avons que deux qui figurent dans notre statistique (Hystérie. Hémiplégie syphilitique).

Pris en lui-même ce nombre de 51 a déjà une certaine valeur; il montre, pour le moins, que les nerveux Arabes ne sont pas aussi rares qu'on l'avait cru; mais il aurait fallu pouvoir établir quel était, dans le même temps, le nombre des Européens hospitalisés pour maladies nerveuses.

Une telle statistique ne peut, malheureusement, être faite. Trop souvent les registres des salles sont abandonnés à des infirmiers, et les lacunes trop fréquentes de ces registres entraîneraient des erreurs qui seraient multipliées encore par l'importance des nombres rassemblés. Aussi devons-nous nous borner à des statistiques beaucoup plus restreintes; mais qui ont pu être établies avec toute la rigueur désirable.

M. Dumolard a relevé le nombre des malades entrés à la salle Trousseau pendant une période de dix-huit mois.

Pendant ces dix-huit mois, dit-il, sur 660 malades entrés à la clinique, 109 seulement étaient Arabes, ce qui revient à dire que sur six entrants il y avait un indigène. Or nous retrouvons exactement cette proportion de 1 pour 6 dans l'évaluation des manifestations nerveuses observées, puisque nous en avons relevé 16 chez les Arabes et 81 chez les Européens. »

Il faudrait encore déterminer la proportion qui revient dans ces nombres aux maladies proprement dites et aux manifestations accidentelles. M. Dumolard a pu suivre complètement les 20 cas qui se sont présentés dans l'année 1902.

Sur 13 se rapportant aux Européens 3 rentraient dans la seconde catégorie ; chez les indigènes il observait 7 cas ; 2 seulement n'étaient que de simples manifestations de lésions de voisinage.

La proportion est donc sensiblement semblable.

— Nous avons de notre côté, établi une statistique des maladies nerveuses observées à la clinique des maladies des enfants par notre maître M. le professeur Curtillet, du 1^{er} mai au 1^{er} décembre 1906.

Dans cette longue période, nous n'avons trouvé que 6 cas concernant des indigènes et se décomposant ainsi : 3 paralysies infantiles par poliomyélite antérieure, 1 paralysie (dont la nature n'a pas été indiquée), 1 tétanos et 1 méningite. Les Européens figurent au contraire, pour un total de 81 manifestations diverses.

Mais il existe une disproportion presque aussi forte dans le nombre des entrants des deux catégories. Les 2.590 malades qui ont été traités se répartissent ainsi :

Européens 2.320, indigènes 270 d'où il résulte que la proportion des maladies nerveuses est de 2,22 p. 100 chez les Arabes et de 3,49 chez les Européens, où encore que la proportion des entrants est à peu près de 1 à 9 et celle des nerveux de 1 à 12.

La différence n'est pas considérable et l'on peut admettre qu'elle tient en partie à l'énorme disproportion du nombre des entrants.

Le pourcentage établi pour les Européens sur plus de 2.000 cas peut être considéré comme représentant la moyenne exacte ; on ne saurait en dire autant de celui des indigènes basé sur l'étude de 200 malades, seulement. Il faut aussi tenir compte de ce fait que les enfants arabes, même les garçons (sur qui nos recherches ont exclusivement porté), ne sont pas de la part de leurs parents l'objet des mêmes soins qui entourent les petits Européens. Dans ces conditions nous sommes bien certains que nombre de malades ont dû nous échapper. Nous en avons une preuve dans la répartition des cas de médecine et de chirurgie. Sur les 270 entrants de la salle Guersant nous n'avons relevé que 75 cas de médecine, tous les autres ressortissent à la chirurgie et se rapportent pour la presque totalité à des accidents.

Ainsi donc notre statistique concorde assez bien avec celle de M. Dumolard. Il ne semble pas que les maladies nerveuses soient bien moins fréquentes chez les indigènes. Leur rareté peut n'être qu'une apparence : en 1905, il est entré à l'hôpital 8.121 malades dont, seulement, 1.811 étaient Arabes.

Un gros reproche peut, cependant, être adressé à

nos statistiques, c'est d'avoir été établies à l'hôpital de Mustapha et de ne concerner guère que des habitants de la ville, vivant dans des conditions spéciales et toutes différentes de celles de leurs coreligionnaires. Il est vrai que nous voyons peu d'Arabes venus de l'intérieur et que les résultats que nous obtenons à Alger peuvent être différents de ceux que l'on obtiendrait dans les tribus.

Aussi croyons-nous qu'il est nécessaire de poursuivre en pays indigène l'enquête commencée à Alger ; jusqu'ici les documents se bornent, à notre connaissance, à la statistique établie par M. le D^r Gros. Les faits qu'il a relatés n'en ont que plus d'intérêt. Or cette statistique confirme les résultats que nous avons obtenus.

Les maladies du système nerveux observées pendant l'année 1904 à l'infirmerie indigène de Rébeval (Kabylie) ont été au nombre de 112.

Il nous faut expliquer l'importance de ce nombre tout à fait hors de proportion avec le nôtre. Il faudrait bien se garder d'en conclure que les maladies nerveuses sont plus fréquente dans la vallée de Sébaou qu'à Alger. M. Gros fait figurer dans sa statistique des affections qui n'entrent pas dans celles que nous avons établies. Il rapporte notamment 78 névralgies diverses. Ce sont là des affections pour lesquelles le malade va bien chercher une consultation à l'infirmerie indigène, mais qui ne le conduisent pas à l'hôpital ; aussi n'en trouvons-nous aucune trace dans nos observations et de ce fait notre total de malades se trouve singulièrement réduit.

Cette explication était nécessaire, mais elle ne diminue pas la portée des résultats fournis par M. Gros.

Les proportions qu'il a pu établir sont les suivantes :

Maladies nerveuses.	2,89	p. 100
Maladies générales non infectieuses et		
maladies de la nutrition.	3,12	—
— du cœur, des vaisseaux et		
du sang	1,07	—
— des voies respiratoires	5,47	—
— des voies digestives	8,05	—
— du foie et des reins.	0,65	—
— des oreilles.	3,79	—
— des dents.	1,23	—
— de la peau	8,51	—

Les maladies nerveuses, on le voit, occupent un fort bon rang et leur fréquence semble assez grande aussi bien dans le « bled » qu'à la ville. Il ne manque à ces constatations que la force du nombre.

II. — De la fréquence des différentes affections et de leur étiologie.

Pour compléter cette étude sur la fréquence des maladies nerveuses chez les Arabes, il nous faudrait rechercher la fréquence des différentes affections, de leurs localisations et de leur étiologie.

Les documents que nous avons recueillis ne sont pas assez importants pour nous permettre de fixer, ni même d'émettre une opinion sur tous ces points.

Nous n'avons rencontré qu'une seule sclérose en plaques, en pouvons-nous conclure, n'ayant réuni que 62 malades, que cette affection est rare ? Un seul fait peut se dégager de notre étude, c'est que les manifestations nerveuses sont très diverses. Tabès, paralysie générale, myélites, méningites, névrites, sclérose en plaques, maladie de Friedreich, épilepsie, tumeur cérébrale, poliomyélite antérieure, paraplégie d'Erb, etc... ont été observés. N'est-ce pas une preuve d'une certaine fréquence des maladies nerveuses ? Les *localisations*, on le voit, ont porté sur toutes les parties du système nerveux ; mais avec une fréquence différente pour chacune. La moelle et l'encéphale ont été touchés 28 fois ; nous ne pouvons y opposer que 12 névrites (auxquelles on pourrait peut-être ajouter les 78 névralgies de M. Gros). Les méningites ne forment que 7 des observations que nous avons relevées.

Nous ne pensons pas pouvoir tirer de conclusion de cette disproportion de fréquence. Peut-être pourrait-on invoquer, cependant pour les névrites la rareté extrême des intoxications, à part l'alcoolisme.

La gravité et la longue durée des maladies du système nerveux central nous semble aussi une explication acceptable. On a beaucoup insisté dans ces dernières années sur le rôle que le médecin est appelé à jouer dans l'assimilation des indigènes ; il est très vrai, en effet, que l'Arabe apprécie notre thérapeutique et recourt volontiers à nos soins, mais, jaloux de sa liberté, la discipline de l'hôpital ne lui convient qu'à demi ; il est d'autre part très insou-

ciant et très négligent et c'est ainsi qu'il ne vient à l'hôpital, à part des exceptions chaque jour plus nombreuses, que lorsqu'il se sent gravement atteint et qu'il a attendu vainement la guérison.

Il y a là, certainement, une raison pour que nous voyons plus souvent les maladies du système nerveux central.

La véritable explication en est, peut-être, dans la prédilection de la syphilis pour la moelle et le cerveau. De tous les facteurs étiologiques, c'est elle, en effet, que tous les observateurs ont rencontré le plus fréquemment avec l'alcoolisme, comme cause adjuvante surtout.

Le *paludisme* dont certains veulent faire une cause fréquente de névroses n'a pu être invoqué qu'une seule fois par M. Brault dans une polynévrite.

Les autres *infections* (tuberculose, pneumocoque et méningocoque) ont causé quelques cas de méningites. L'épidémie de Marengo que nous rapportons dans un autre chapitre nous donne la preuve de leur rôle que nous ne pourrions bien juger d'après les documents qui précèdent; mais, seulement en temps d'épidémie.

Quant aux *intoxications* par les agents chimiques, seul l'éthylisme a été observé et avec une fréquence très grande; mais c'est encore une cause inconnue aux Arabes des tribus de l'intérieur. Il n'a occasionné directement que 2 cas, que nous avons trouvés dans les observations de M. Dumolard, une névrite et une polynévrite et, peut-être, un cas d'épilepsie que nous avons observé. C'est surtout comme cause adju-

vante qu'il semble agir, nous en ferons l'étude au chapitre de l'immunité.

La *syphilis* a causé, à elle seule, près de la moitié des affections observées. Sur 51 malades, 24 ont présenté des manifestations syphilitiques ou parasyphilitiques.

La syphilis nerveuse proprement dite, forme le fond de seize observations.

Les processus de myélite ou de méningite ont été les plus fréquents. Ces diverses affections, n'ont, au surplus, présenté aucune particularité remarquable. Pourtant, dans les cinq cas, où la date d'apparition du chancre a pu être appréciée, nous avons été frappé de la précocité des accidents nerveux qui se sont toujours manifestés dans les dix premières années.

En voici, d'ailleurs, la liste :

Obs. n° 9. Myélite aiguë (Scherb) 1 an après le chancre.

Obs. n° 8. Syphilis cérébrale (Dumolard) : 5 ans.

Obs. n° 6. Paraplégie d'Erb (Sicard) : 6 à 7 ans.

Obs. n° 4. Paraplégie d'Erb (Dumolard) : 8 ans.

Obs. n° 12. Syphilis cérébrale (Dumolard) : 10 ans.

La même constatation peut être faite à propos des affections parasyphilitiques.

Obs. n° 35. Tabès (Scherb) 5 ans après le chancre.

Obs. n° 5. Tabès (Dumolard) 10 ans.

Obs. n° 36. Paralysie générale (Scherb) 16 ans.

Il serait intéressant de vérifier s'il s'agit là seulement d'exception.

Dans la plupart des observations, le diagnostic de

syphilis a pu être établi d'une façon précise par les anamnestiques, les stigmates et la constatation de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Le signe d'Argyll-Robertson faisait, presque toujours, partie du cortège symptomatique et donnait, pour ainsi dire, la signature de la syphilis. Dans un cas de M. Dumolard, ce signe n'était accompagné que de céphalée, la ponction lombaire fut faite et l'on constata la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Les affections *parasymphilitiques* forment un total de 8 cas. Nous relevons cinq observations de tabès (deux ont été observés en ville). Le nombre en lui-même est peu expressif; reporté au chiffre total des malades, il prend une tout autre valeur et le tabès ne nous apparaît plus comme une exception. Il faut noter que tous ces cas ont apparu chez des individus qui avaient réuni toutes les conditions favorables à son développement.

Il en est de même des 3 cas de paralysie générale qu'a vu M. Scherb. Nous ne pouvons pas admettre ces chiffres comme tout à fait démonstratifs; ils nous prouvent, cependant, qu'il ne manque aux Arabes que quelques conditions favorisantes pour faire du tabès et de la paralysie générale, et nous pouvons penser que le nombre en est plus considérable qu'on ne l'avait cru.

Bien des cas doivent nous échapper. M. Battarel fait remarquer dans sa thèse (1) que les paralytiques

(1) Thèse de Montpellier, 1902.

indigènes présentent le plus souvent des tendances à la violence ; il l'attribue à l'influence de l'alcoolisme ; mais n'est-ce pas aussi parce qu'on n'interne que ceux qui deviennent un danger et que les autres restent dans leurs tribus ?

Les observations de M. A. Marie au Caire, à l'asile d'Abassah, tendent à montrer que la paralysie générale est aussi fréquente chez les indigènes que chez les Européens. Ce qui est vérité en Egypte a bien des chances pour n'être pas erreur en Algérie, et les observations mêmes de M. Battarel pourraient bien appuyer cette opinion.

En quarante-deux ans, de 1860 à 1902, on n'a vu à l'asile d'Aix, où sont internés la plupart des aliénés d'Algérie, que 26 paralytiques arabes sur 633 entrants, soit une proportion très faible de 3,92 p. 100 ; mais, jusqu'en 1877, il ne s'est pas présenté un seul cas de paralysie générale. Si l'on établit, donc, le pourcentage à partir de cette date, on obtient déjà une proportion de 6,22 p. 100. Enfin, si l'on prend les chiffres des dix dernières années, 1890-1900, on trouve 133 entrants indigènes et 13 paralytiques, c'est-à-dire une proportion de 9,77 p. 100. Voilà un chiffre qui ne s'éloigne pas énormément de celui donné par M. Magnan pour les asiles de la Seine (asile Sainte-Anne) et qui est de 15 p. 100.

Il est vrai d'ajouter que, comme le fait remarquer M. Scherb, toutes les observations de M. Battarel ne sont pas absolument probantes, que quelques-unes manquent des garanties qu'on ait en droit d'exiger. Nous ne croyons pas pourtant qu'on puisse négliger

cette forte proportion de 9,77 p. 100, en attendant de pouvoir la vérifier.

La syphilis nerveuse, manifestations syphilitiques et parasyphilitiques comprises, nous apparaît comme fréquente. Mais il faut nous expliquer : fréquente, peut-être même pourrait-on dire très fréquente par rapport aux maladies nerveuses, elle ne paraît pas l'être autant par rapport à la syphilis osseuse ou cutanée. A ce point de vue, nous manquons de données exactes, mais elle semble plutôt relativement assez rare.

En ce qui concerne plus spécialement les affections parasyphilitiques, nous n'osons encore donner une opinion. A s'en rapporter aux documents que nous avons, elles paraissent suffisamment fréquentes ; tout au moins semble-t-il y avoir un certain parallélisme entre la syphilis nerveuse et les manifestations parasyphilitiques : 16 cas de l'une, 8 des autres. On ne pourrait donc invoquer la rareté du tabès et de la paralysie générale contre la théorie de leur origine syphilitique.

CHAPITRE III

I. — De la résistance des Arabes aux maladies nerveuses.

Les faits que nous apportons ne sont pas assez nombreux pour nous permettre d'affirmer que les maladies nerveuses sont aussi fréquentes chez les Arabes que chez les Européens ; mais nous croyons qu'il découle nettement de l'exposé que nous venons de faire que ces maladies sont beaucoup moins rares qu'on ne croyait et qu'elles ne constituent pas une exception. On ne saurait donc plus parler d'immunité, même avec les restrictions qu'apportait M. Mertz, mais, on ne peut davantage, repousser, d'emblée, l'idée d'une résistance spéciale des indigènes aux maladies nerveuses.

Nous devons l'étudier ici, et d'abord, rechercher comment elle peut être comprise.

La première hypothèse qui se présente à l'esprit est de faire de cette résistance un caractère de race. Le système nerveux des Arabes, plus fruste et plus

rustique que celui des Européens, serait aussi moins sensible à ses diverses causes de d'altération. C'est cette idée qui semble avoir dirigé M. Raymond, lorsqu'à propos de la communication de M. Scherb, (1) il disait, rappelant les observations faites sur les Abyssins, « il semble que dans *certaines races* la syphilis ne détermine pas d'accidents nerveux. »

Une telle interprétation, tendant à représenter l'Arabe comme très inférieur à l'Européen et à le ravalier au rang des races les plus primitives nous paraît peu soutenable. Les caractères ethniques de nos indigènes diffèrent peu de ceux des Européens, et si l'on se rappelle le passé glorieux des dynasties arabes, même dans cette terre d'Algérie où les monuments de Tlemcen et de sa rivale Mansoura témoignent encore à nos yeux d'une civilisation fort avancée, on est plutôt amené à considérer ce peuple comme déchu et dégénéré.

Mais la véritable objection c'est qu'il n'y a pas en Algérie une race unique d'indigènes ; nous avons coutume de les désigner sous le nom d'Arabes ; il s'en faut, cependant, que les Arabes peuplent seuls l'Algérie.

L'ethnographie algérienne est encore bien confuse et nous éviterons de nous lancer dans une digression qui nous entraînerait à des développements hors de proportions avec notre travail. Nous nous bornerons à rappeler les conquêtes nombreuses qui amenèrent dans cette contrée si fertile et si voisine du vieux

(1) *Société de neurologie*, 1901.

monde civilisé : les Carthaginois (146 av. J.-C à 818), les Romains (143 av. J.-C. à 439), les Vandales (439 à 534), les Byzantins (534 à 646) et les Arabes.

Ces différents peuples s'établirent en Algérie, et y firent souche, se mélangeant peu ou prou à la race autochtone et aux précédents envahisseurs. Dans tout ce chaos il est difficile de déterminer la part qui revient à chaque race dans la composition de la population indigène actuelle : Kabyles, Touareg, Arabes, Maures, Mozabites, etc... Les auteurs sont d'accord cependant pour reconnaître au moins deux races distinctes : les Arabes, d'origine sémite, d'une part ; d'autre part, les Berbères, venus très probablement d'Europe.

En sorte qu'il n'est même pas possible de rattacher à la famille sémitique les différentes peuplades de l'Algérie. D'ailleurs, le pourrions-nous qu'il nous faudrait encore opposer aux musulmans, relativement indemmes de maladies nerveuses, les juifs, sémites aussi, qui leur paient un si lourd tribut.

La résistance de nos indigènes aux maladie nerveuses ne peut donc pas être considérée comme fonction de la race. Ce n'est pas une race qui est plus résistante, c'est un peuple et alors cette résistance ne nous apparaît plus comme une qualité positive liée à des vertus spéciales, héréditaires, du système nerveux ; mais comme la résultante de conditions spéciales d'existence qui protègent les Arabes contre les atteintes de la maladie. C'est ainsi que M. Mertz comprenait la question, c'est aussi l'opinion qu'en donnent MM. Scherb et Brault..

Ces conditions agissent d'une manière, en quelque sorte, prophylactique. Ont-elles pu, cependant, créer à la longue, une résistance particulière comparable à celle que conférerait la race ?

Nous ne le croyons pas.

Dans cette discussion, l'étude des *maladies héréditaires*, des *maladies mentales* et des *névroses*, où l'hérédité et le terrain jouent un si grand rôle, apporterait un élément d'appréciation de premier ordre. Nous n'avons jamais pu établir de façon certaine l'hérédité *nerveuse* de nos malades en raison des difficultés de l'interrogatoire et de l'ignorance, souvent complète, où ils sont des maladies de leurs ascendants. Presque jamais, non plus, nous n'avons rencontré de maladie héréditaire ou familiale : le Friedreich qui figure dans nos observations est avec un tremblement névropathique héréditaire rapporté par M. le Dr Gros, le seul cas que nous connaissions (On rencontre fréquemment, dans les rues d'Alger, un individu qui présente une atrophie musculaire considérable, incapable de se tenir debout et se trainant à quatre pattes sur le sol. S'agit-il d'un myopathique ? A plusieurs reprises nous avons essayé de le faire venir à l'hôpital pour l'examiner, il s'y est toujours refusé).

Nous avons écarté de notre étude les *maladies mentales*, nous ne saurions, cependant, les passer ici sous silence. Quel argument plus sérieux pourrions-nous opposer à la résistance des Arabes que la fréquence des psychoses ? On conçoit que le développement d'une méningite soit compatible avec

une certaine immunité; mais il faut réunir des conditions bien différentes pour devenir fou et le terrain sur lequel se développe l'aliénation mentale ne saurait être regardé comme réfractaire aux réactions nerveuses. Or, la statistique du service des aliénés de l'Hôpital de Mustapha, établie par M. le Dr Scherb, pour la période 1900-1904 nous donne, pour un chiffre global de 543 entrants : 126 Musulmans et 417 Européens et Israélites, soit donc une proportion de 23,20 p. 100 d'Arabes; environ le quart. C'est là une proportion très forte et nous y voyons la preuve d'une assez grande fréquence des maladies mentales dans la population indigène. Cette constatation prend d'autant plus de valeur que les nombres ne portent plus sur la seule population d'Alger, mais sur l'ensemble du département et nous pouvons utiliser cette donnée, sans crainte de la généraliser trop hâtivement.

Or, tandis que le chiffre des Européens englobe la presque totalité des cas, il n'est pas douteux, au contraire, que la plupart des aliénés indigènes ont échappé à l'internement et par conséquent à la statistique. On nous permettra de rappeler le respect dont les musulmans entourent les fous. La folie, c'est la maladie sacrée, envoyée aux hommes par la divinité ou par quelque 'génie et l'aliéné est l'objet des soins de ses proches et parfois d'une sorte de culte. Marié, la loi lui donne un tuteur qui veille et pourvoit aux besoins journaliers de ses femmes. Il jouit dans la tribu de la liberté la plus complète et peut pénétrer même dans les appartements réservés aux femmes

« A Sousse, écrit Dilhar, on respecte les fous au point que le viol même leur est permis. Les femmes qui ont subi l'outrage d'un fou s'en glorifient comme d'une faveur providentielle » (1).

On comprend que dans ces conditions, nous ne voyons arriver dans nos hôpitaux que ceux qui se sont signalés à la police par quelque scandale ou quelque attentat. Peu soucieuse, d'ailleurs, de pourvoir à leur entretien, l'administration les laisse errer en paix, tant qu'elle n'est pas absolument obligée d'intervenir et, en ville même, il n'est pas rare de voir quelqu'un de ces malheureux poursuivi par toute une troupe de gamins.

Aussi, la proportion des aliénés entrés à l'hôpital a-t-elle une très grosse valeur, elle confirme au surplus, l'opinion de ceux qui ont vécu en pays indigène et qui y considère l'aliénation mentale comme relativement fréquente.

Quant aux *névroses*, nous avons pu en recueillir en acceptant encore dans leur cadre la maladie de Parkinson, sur 51 malades, 9 cas se répartissant ainsi :

Epilepsie essentielle.	2 cas
Neurasthénie	3 —
Hystérie	1 —
Paralysie agitante.	3 —

soit une proportion de 17,64 p. 100.

A ces chiffres, déjà éloquentes, nous aurions pu ajouter encore quelques cas dont les observations

(1) Cf. KOCHER : *De la criminalité chez les arabes*, Th. de Lyon, 1883.

ont disparu ; nous avons eu, en effet, assez souvent l'occasion de voir des *neurasthéniques*. M. Dumolard, de son côté, en a observé 4 ou 5 qui ne figurent pas dans son relevé. Un de ces malades, très bien élevé, occupant une situation enviable, marié à une Française, à la suite de revers de fortune a fait une forme sévère de neurasthénie dyspeptique avec hypochondrie à laquelle se surajoutaient des troubles de la sensibilité de nature hystérique. Il a fini par le suicide. — Nous nous rappelons aussi que notre maître M. le professeur Moreau, attirait notre attention sur la fréquence de la neurasthénie chez les jeunes gens qui fréquentent la Médersa. A peu près tous nos malades, en effet, appartenaient à une élite et avaient une culture intellectuelle au-dessus de la moyenne de leurs coreligionnaires (étudiants, chefs de gare, interprètes, négociants, etc.).

Mais cette fréquence, pourtant, nous paraît très importante à retenir. Si elle est liée à certaines conditions, il n'en est pas moins vrai que la neurasthénie se développe avec une très grande facilité chez les Arabes. Les étudiants de la Médersa qui sont si souvent frappés sont déjà des adultes et l'enseignement qu'ils suivent n'est pas d'un niveau supérieur à celui de nos lycées. Le surmenage intellectuel n'est donc pas considérable chez eux. Nous pourrions en dire autant pour le plus grand nombre des neurasthéniques que nous avons vus.

Par opposition à ces cas nombreux de neurasthénie, nous n'avons vu qu'une seule *épilepsie* essentielle et nous en trouvons seulement une autre dans

la liste des malades de M. Dumolard ; mais ce serait une erreur de croire que l'épilepsie est rare. Sur le total des 126 aliénés indigènes entrés de 1900 à 1904, nous relevons 13 épileptiques et notre maître M. Scherb, considère les équivalents psychiques de l'épilepsie comme fréquents. Nous avons obtenu du malade que nous avons observé les renseignements suivants : auprès du village de Chebli, dont il est originaire, existe une tribu de 200 indigènes environ ; il y aurait, d'après ses dires, 3 autres épileptiques. Nous n'avons pu aller vérifier sur place la véracité de ses affirmations ; mais les renseignements qu'il a pu nous donner sur 2 d'entre eux sont assez caractéristiques.

De *l'hystérie*, nous ne savons rien personnellement, nous n'en avons jamais vu (le cas qui figure dans nos observations a été trouvé dans les registres de la clinique médicale par M. Dumolard) ; chez un de nos malades, pourtant (observation XVIII), nous avons relevé quelques symptômes qui ont d'abord orienté notre diagnostic vers l'hystérie, il est possible ; mais nous n'oserions l'affirmer qu'il y ait une association. D'après les renseignements que nous avons pu recueillir auprès de nos amis, exerçant dans l'intérieur les manifestations hystériques ne seraient pas rares ; On connaît aussi les prodiges accomplis en état d'hypnose par les Aissaouas.

La *fréquence des névroses* est constatée et affirmée très catégoriquement, par M. Gros. Il n'a rencontré chez ses consultants que 2 cas d'hystérie, mais il a eu l'occasion d'en voir plus souvent et « son impression

est que l'hystérie est une maladie fréquente chez la femme indigène ». Il ajoute plus loin : « qu'il arrive très souvent que des malades en traitement pour d'autres maladies, à l'infirmerie, présentent, la nuit, des attaques d'épilepsie. Et il conclue « que les névroses d'une manière générale, paraissent *très fréquentes* chez les indigènes, notamment chez les Kabyles (1) ».

Ainsi, M. Gros, observant en Kabylie, dans une région, où les habitants ont continué à vivre l'existence traditionnelle, arrive à une conclusion plus catégorique que nous n'oserions la formuler.

Il y a là, nous semble-t-il, dans cette fréquence comparativement grande des maladies mentales et des névroses, de quoi ébranler fortement la théorie de la résistance du système nerveux des Arabes. Reprenant ce que nous disions en commençant cette discussion nous pensons que si les indigènes sont moins fréquemment touchés, c'est qu'ils sont moins exposés et, placés dans des conditions favorables au développement des manifestations nerveuses, ils ne seront pas spécialement épargnés.

C'est ce qu'on pu observer MM. Cochez et Lemaire, lors de l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui sévit sur Alger et ses environs, au début de l'année 1901. Le nombre des Arabes atteints, parut relativement considérable. A Marengo, même, l'épidémie prit

(1) *Bulletin médical de l'Algérie*, 15 mars 1906.

naissance dans un café maure (1). Le 22 janvier, un Européen qui fréquentait ce café tombait malade, c'était la première victime. Le 28, un indigène, habitant le café maure est brusquement atteint, il va se réfugier dans une maison du quartier de la gare. Le 17 février, dans ce quartier toute une famille indigène 4 enfants, est frappée. — L'épidémie s'était rapidement propagée aux Européens, parmi lesquels elle fit de nombreuses victimes ; mais elle causa un très grand nombre de cas parmi les indigènes, chez qui elle s'était développée en premier lieu.

Sans doute le diplocoque de Weischelbaum pénètre dans le sang avant d'arriver aux méninges ; la méningite est la manifestation de cette septicémie ; mais le méningocoque a une telle affinité pour le système nerveux, que l'Arabe devrait être particulièrement armé contre lui. On ne peut donc dénier à ce fait toute valeur et nous ne prétendons pas lui en donner plus qu'il n'en a.

Nous rappellerons aussi les ravages du *lathyrisme*. Bien des faits sont demeurés obscurs, dans son histoire ; son étiologie, notamment, n'en fut pas établie avec certitude. M. Scherb pense que bien des paraplégies syphilitiques ont dû lui être attribuées à une époque où les moyens de diagnostic que nous avons aujourd'hui n'étaient pas connus. Quoiqu'il en soit, il reste incontestable qu'en certaines années, on vit,

(1) A. COCHEZ et G. LEMAIRE : Relation de l'épidémie de méningite cérébro-spinale à Alger et dans les environs. *Archives générales de médecine*, Paris 1901, pp. 576 et suiv.

tout à coup, les hôpitaux de la Kabylie encombrés de paraplégiques. Une cause était survenue qui favorisait le développement de ces accidents, les effets ne tardaient pas à se produire.

En parcourant nos observations, on ne peut manquer d'être frappé du rôle qu'a joué dans l'éclosion de ces manifestations diverses, l'abus *de l'alcool*. Un grand nombre de nos malades étaient alcooliques ; il semble même que quelques-uns d'entre eux aient présenté une réelle susceptibilité vis-à-vis de cette intoxication.

Il faut, certainement, faire une large part à la nature des boissons qu'absorbe l'Arabe. Il n'est pas habitué à boire de vin et se contente facilement d'eau pour ses repas ; mais il réclame volontiers, à l'anisette, à l'absinthe ou au rhum, l'excitation et l'ivresse ; il n'est pas douteux que l'alcoolique Arabe est avant tout et surtout un absinthique ; on comprend que dans ces conditions l'alcoolisme soit pour lui un facteur très efficace de lésions nerveuses.

On n'oubliera pas, cependant, que l'alcoolisme est d'importation récente parmi nos populations musulmanes. S'il constitue déjà une tare pour un certain nombre de sujets, c'est une tare acquise et presque jamais ne s'y surajoute la tare héréditaire. Or, l'abus ne fut pas toujours grand, ni très prolongé ; l'épileptique dont nous avons donné l'observation, un cultivateur, présenta ses premières attaques vers l'âge de vingt ans ; à quinze ans il avait commencé à boire, mais il se contentait de deux ou trois verres de vin et d'une anisette prise à jeûn, que lui offrait le colon

qui l'employait. Il était trop misérable pour pouvoir ajouter à cette ration, et elle était pour lui un maximum. Il n'avait aucune hérédité névropathique ; son père n'était pas alcoolique — il n'avait jamais bu — et, pourtant en cinq ans il aboutissait à l'épilepsie. Combien d'Européens ont fait des excès plus grands, qui sont restés indemnes de tout accident nerveux. D'autres exemples pourraient être cités, où la cause adjuvante fut légère, chez les nerveux Arabes.

On pourra toujours nous objecter, il est vrai, que ces sujets constituaient peut-être des exceptions. S'ils ont si vite réagi à l'intoxication, c'est peut-être parce que, personnellement, ils étaient prédisposés ; on ne peut en induire que tous leurs coreligionnaires présentent une sensibilité semblable. Il vaudrait mieux rechercher le nombre des alcooliques qui n'eurent jamais d'accidents nerveux. L'objection est sérieuse et nous ne pouvons y répondre par des arguments qui ne laissent aucun doute. Nous invoquerons, cependant, le grand nombre des accidents causés ou favorisés par l'alcoolisme. En outre des observations que nous apportons, pendant notre internat, dans le service de M. le professeur Moreau, nous avons vu plusieurs cas de délire alcoolique chez des Arabes. Il nous a paru assez fréquent, et cependant l'alcoolisme est peu répandu ; aussi ces faits prennent plus de valeur.

Nous croyons que les Arabes ne présentent aucune résistance spéciale à l'intoxication éthylique. Peut-être, même hypothèse que nous demandons à vérifier, y sont-ils plus sensibles. L'éthylisme, en tout cas,

facilite singulièrement, chez eux, l'apparition des manifestations nerveuses.

II. — De l'immunité vis-à-vis de la syphilis, en particulier

À ces faits positifs l'on pourrait, toutefois, nous opposer encore la disproportion qui semble exister entre le nombre des syphilitiques et des manifestations de la syphilis nerveuse et des accidents parasymphilitiques. Cette disproportion est peut-être plus apparente que réelle. Si elle existe, cependant, on peut en trouver l'explication sans recourir à une hypothèse que les faits précédents nous montrent comme bien peu établie..

Nous allons essayer de le démontrer.

Dès 1901, M. Scherb en cherchait ailleurs la raison (1). « J'estime, écrivait-il, que l'on peut expliquer la rareté des accidents syphilitiques et parasymphilitiques chez les indigènes par les considérations suivantes :

« La syphilis serait chez eux d'importation récente. Peut-être, pourraient-ils avec raison, l'appeler le mal français, si tous les latins n'avaient, en somme, contribué à sa diffusion. Dans ces conditions, les Arabes feraient du tertiarisme grave, étendu frappant avec rapidité les os et les téguments, ces derniers

(1) *Revue Neurologique*, 15 juin 1901, p. 561.

surtout en raison de l'électivité qu'y déterminent leur malpropreté et leur promiscuité. On peut dire aussi que ce peuple, essentiellement paresseux, surmène peu ses centres nerveux et que l'organe qui travaille le moins est aussi le moins exposé aux injures ».

Depuis, M. le professeur Scherb délaissant l'idée de l'importation récente de la syphilis a tout particulièrement insisté, dans ses diverses communications et dans son enseignement, sur l'importance prépondérante de l'alcoolisme et l'absence des prédispositions.

Il est incontestable que la syphilis a une prédilection marquée pour les appareils nés aux dépens du feuillet ectodermique, pour le système nerveux et le revêtement cutané. Il n'est pas plus douteux que l'Arabe, par les métiers qu'il exerce (berger, cultivateur, portefaix, manœuvre) et par sa malpropreté est on ne peut plus exposé aux lésions cutanées.

Qu'il vive sous la tente des bergers nomades des hauts plateaux ou dans les gourbis de branchage ou les chaumières plus confortables des Kabyles, la propreté est également bannie de son logis. Toute sa famille grouille dans un espace insuffisant et les animaux domestiques, eux-mêmes, viennent ajouter leurs souillures à celles des habitants. Mal couvert de haillons sordides, à peine fixés à la taille par une lâche ceinture, il n'est nullement protégé contre ces souillures et l'eau qu'il projette sur son corps pour les ablutions rituelles ne saurait faire un lavage suffisant.

Ainsi s'expliquent en partie la fréquence et la gravité des accidents cutanés de la période tertiaire,

ces vastes nappes gommeuses phagédéniques qui envahissent un membre tout entier, une moitié du tronc.

Il y a là déjà une première raison pour que la syphilis épargne le système nerveux. De ses deux terrains de prédilection, l'un est moins résistant et lui offre une proie facile ; sollicité à la peau, le virus syphilitique ira s'y fixer et s'y épuiser.

D'autre part, l'Arabe échappe à la plupart des causes d'affaiblissement du système nerveux.

L'alcoolisme, dont nous avons montré l'influence, n'est encore le vice que d'une minorité. M. Battarel a écrit, dans sa thèse, que les indigènes, bien avant la conquête française, fabriquaient et buvaient du vin. Nous n'avons pu vérifier cette affirmation, mais il n'est pas douteux que si cette consommation a existé elle était très restreinte et limitée à un petit nombre d'individus. Aujourd'hui encore, les tribus sont à peu près indemmes d'alcoolisme, quand bien même leurs caïds traitent leurs hôtes au champagne et prennent place parfois sur les tabourets des bars de la capitale.

Le saturnisme, l'hydragyrisme sont totalement inconnus dans ce pays uniquement agricole.

Le surmenage intellectuel ne peut être invoqué que pour un très petit nombre de lettrés et, jusqu'à un certain point, pour les citadins qui connaissent au moins les nécessités de la lutte pour la vie ; mais la grande masse des musulmans échappe à cette cause de déchéance.

Le fatalisme et la paresse des indigènes sont, avec

la sobriété, les grandes raisons qui peuvent expliquer leur relative résistance aux maladies nerveuses. Confiants dans la parole de Mahomet, convaincus que ce qui est écrit arrivera, quoi qu'ils fassent, ils attendent, résignés par avance à tout ce qui peut survenir et ils ignorent les tourments de la vie matérielle et morale qui épuisent les Européens.

Telles sont les grandes causes qui peuvent expliquer la rareté des manifestations nerveuses syphilitiques. Nous y joindrons encore celle qu'indique M. Brault dans son traité sur la pathologie et l'hygiène des indigènes d'Algérie : la relative fréquence de la syphilis héréditaire.

« Celle-ci, dit-il, bien qu'elle touche parfois le système nerveux de diverses manières (V. Mémoire Ingelrans, *Echo médical du Nord*), est beaucoup moins méchante pour lui que la syphilis acquise.

« D'autre part, la syphilis héréditaire, surtout la syphilis héréditaire tardive aime la peau et les os et tout particulièrement la face, les lèvres et le voile du palais.

« Enfin chez les individus qui contractent des syphilis acquises, peut-être faut-il tenir compte d'une syphilisation plus ou moins latente qui serait pour eux, en quelque sorte, préservatrice vis-à-vis des syphilis profondes. »

Ces considérations touchant la syphilis nerveuse sont aussi applicables au tabès et à la paralysie générale. Toute leur étiologie ne tient pas dans la seule syphilis. Nous ne reprendrons pas les interminables discussions qui ont divisé les médecins et qui,

encore aujourd'hui mettent aux prises, de temps à autre, des adversaires irréductibles; mais les partisans les plus convaincus de l'origine syphilitique du tabès et de la paralysie générale reconnaissent que cette cause serait impuissante sur un terrain qui ne serait déjà préparé.

Les grandes causes favorisantes du développement de ces maladies sont précisément celles qui manquent à l'Arabe, ou presque : la tare névropathique, revendiquée si fortement par un grand nombre d'auteurs qui se rappellent encore le rôle prépondérant que lui confiait Charcot; le surmenage physique et surtout intellectuel que l'on retrouverait au moins dans 16 p. 100 des cas, les intoxications qui interviennent pour une part aussi forte.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que les Arabes soient tout à fait à l'abri des causes de déchéance du système nerveux. Nous n'avons pas à refaire la distinction que nous avons déjà établie entre les habitants de la ville et de la campagne; il est bien évident que pour ceux-là, leurs conditions d'existence se rapprochent trop de celles des Européens pour qu'ils ne participent pas aux mêmes risques.

Mais, en outre, on ne peut méconnaître de façon complète, certaines causes prédisposantes qu'on retrouve chez tous.

Nous avons déjà vu l'importance des névroses et des maladies mentales, elles sont l'indice et aussi les facteurs d'une tare névropathique dont nous ne pouvons encore apprécier la fréquence exacte, qu'il ne

faudrait pas exagérer, mais qui est loin d'être négligeable.

La consanguinité, sans être aussi fréquente chez l'Arabe que l'Israélite, est encore assez souvent observée; nous en rapprocherons les mariages d'individus trop jeunes, pris au sortir de l'enfance ou, au contraire de vieillards. Toutes ces causes peuvent bien agir un peu sur la morbidité des musulmans.

D'autres facteurs plus importants, parce qu'ils sont plus répandus sont constitués par les intoxications par le kif et le tabac et le surmenage génital.

L'Arabe est grand fumeur, de tabac surtout, nous n'avons cependant pas eu l'occasion d'observer d'accidents qui puissent sûrement être attribués au tabagisme. Il en est autrement du kif, les cas de folie sont assez nombreux après l'abus de ce poison; si l'usage s'en généralisait il constituerait un réel danger; mais il faut reconnaître qu'il est assez restreint. Toutefois, il est bien peu de cafés maures où l'on ne trouve tout l'attirail du fumeur de haschisch même sur les marchés de l'intérieur.

Nous rappellerons enfin la sensualité des Arabes et les excès génésiques qu'elle entraîne. Elle est une des principales causes de leur criminalité; nul doute qu'elle n'exerce par ses abus une influence sur le système nerveux.

Nous avons tenu à citer ces faits pour être complet nous ne leur attribuons pas une trop grande importance. L'Arabe n'est pas un prédisposé et par ses conditions d'existence même peut s'expliquer une

moins fréquente atteinte de son système nerveux, par la syphilis en particulier. Rappelons la formule pittoresque que Kraft Ebing a donné de la paralysie générale. « *Syphilisation, civilisation* ». Les Arabes en ont bien le premier terme, il leur manque le second, c'est là tout le secret de leur résistance.

CONCLUSIONS

En abordant cette étude, nous nous trouvions en présence de deux opinions différentes. Les faits que nous avons pu ajouter à ceux qui ont établi la conviction de M. Dumolard, n'ont pu qu'affirmer les conclusions qu'il apportait à la Société de Neurologie.

Après les réserves que nous avons faites, au cours de cette étude on ne s'attend pas, cependant, à trouver ici des affirmations trop catégoriques. De la critique des faits se dégage, pour nous, l'impression très nette que les maladies nerveuses sont à peu près aussi fréquentes chez les indigènes que chez les Européens; mais cette opinion basée sur les seules observations faites à Alger et à Rébeval a besoin d'être confirmée.

A ce point de vue, les infirmeries indigènes, qui viennent d'être créées, pourront contribuer puissamment à la solution du problème, en publiant des statistiques comparables à celle qu'a établie M. le Dr Gros. Nous ignorons, en effet, à peu près tout de ce qui se passe dans l'intérieur; la pathologie des

indigènes est loin d'être fixée; c'est pour avoir tablé sur les résultats constatés à l'hôpital de Mustapha, où nous ne voyons qu'un nombre restreint d'Arabes qu'on a pu énoncer l'absence du cancer, contester l'existence de la fièvre thyphoïde; idées erronées que des faits, tous les ans plus nombreux, viennent démentir.

A généraliser trop hâtivement nos conclusions, malgré le commencement de confirmation que leur donne la statistique de l'infirmierie de Rébeval nous nous exposerions à commettre une erreur.

Quelques points pourtant nous paraissent établis avec certitudes comme la fréquence des manifestations syphilitiques parmi les maladies nerveuses; d'autres restent encore assez incertains, et ne pourront être fixés que par les observations futures.

Dans notre discussion sur l'immunité du système nerveux des indigènes, nous aurions voulu apporter un argument de valeur dont la recherche nous a été inspirée par les travaux de M. Ravault.

Cet auteur a établi que l'on trouvait assez fréquemment la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques secondaires en période d'accidents cutanés. Semblable constatation faite chez les Arabes, en montrant la précocité de l'atteinte nerveuse aurait un réel intérêt. Les observations que nous avons pu faire, toutes négatives, d'ailleurs portent sur un trop petit nombre de sujets pour que nous puissions en tirer aucune conclusion (Mais nous poursuivons nos recherches).

Aussi bien, il nous semble que l'étude que nous

avons faite de la fréquence des névroses et des maladies mentales, de l'influence des intoxications etc., établissent suffisamment que cette résistance n'est que bien précaire. Nous croyons qu'elle n'est qu'apparente, faite de l'absence de prédispositions et avec notre maître M. Scherb nous pensons que la civilisation, dont nos sujets adoptent surtout les vices, ne tardera pas à leur constituer un terrain tout à fait favorable au développement des maladies nerveuses.

Mais nous ne prétendons pas reprendre ici ce que nous avons établi déjà à la fin de chacune de nos discussions, et nous allons résumer les conclusions que nous avons adoptées.

1° Les maladies nerveuses ne sont pas rares chez les Arabes. Elles semblent, à Alger, du moins, être aussi fréquentes que chez l'Européen.

2° La paralysie générale et le tabès paraissent encore moins répandus que chez les Européens ; mais ne sont pas rares.

3° La syphilis est, de beaucoup la cause la plus fréquente des accidents nerveux. Sa fréquence, pourtant, n'est peut être pas en rapport avec celle de la syphilis osseuse ou cutanée.

La fréquence des traumatismes, la malpropreté des Arabes et la rareté des causes de déchéance du système nerveux expliquent cette différence.

4° L'indigène n'offre pas un terrain particulièrement résistant aux maladies nerveuses. S'il est

moins souvent atteint, ce qui n'est pas démontré, c'est qu'il leur manque des causes favorisantes, alcoolisme et surmenage intellectuel surtout.

5° Placé dans des conditions d'existence qui le rapprochent de l'Européen, l'Arabe est frappé dans des proportions égales.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.

J. COURMONT.

Vu :

LE DOYEN.

HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Le 14 mars 1907.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE.

Président du Conseil de l'Université

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- Ballet.** — Article « Paralyse générale », dans le *Traité de médecine* (Charcot-Bouchard), t. X.
- Battarel.** — Quelques remarques sur la paralyse générale chez les indigènes musulmans d'Algérie. Thèse de Montpellier, 1902.
- Brault.** — Pathologie et Hygiène des indigènes musulmans d'Algérie. Alger, 1905.
- Polynévrite paludéenne. *Progrès médical*, 8 septembre 1894.
- Bulletin de l'Académie de médecine.* Discussion sur la paralyse générale, 11 avril 1905.
- Cochez et Lemaire.** — Relation de l'épidémie de méningite cérébro-spinale à Alger et dans ses environs. *Archives générales de médecine*, 1901.
- Dumolard.** — Recherche sur la fréquence des maladies nerveuses chez les indigènes d'Algérie. *Revue Neurologique*, n° 14, 30 juillet 1906.
- Gémy et Raynaud.** — La Lèpre en Algérie, 1897.
- Gillot.** — Tabès chez un Arabe buveur d'absinthe (Com. à la Société de médecine d'Alger). *Bulletin médical de l'Algérie*, 15 mai 1905.
- Leclerc.** — Mission en Kabylie, 1864.
- Legrain.** — Note sur la pathologie spéciale des indigènes algériens, 1899.
- Gros.** — Statistique de l'infirmerie indigène de Rébeval. *Bulletin médical de l'Algérie*, 15 mars 1905.
- Marie (A.).** — De la prétendue immunité des Arabes vis-à-vis de la paralyse générale. *Revue de médecine*, 1906.

- Marie (P.).** — Article « Tabès » dans le *Traité de médecine* (Charcot-Bouchard, t. IX.
- Meilhan.** — Contribution à l'étude de la paralysie générale considérée chez les Arabes. *Annales médico-psychologiques*, t. XIII, n° 120.
- Mertz.** — Notes sur quelques particularités de la syphilis chez les femmes enceintes et de l'hérédo-syphilis. *Bulletin du Comité d'études médicales propres à l'Algérie*.
- Scherb.** — Syndrome simulant la paralysie alterne. *Médecine moderne*, 1898.
- De la rareté des accidents nerveux chez les Arabes syphilitiques. *Revue neurologique*, 15 juin 1901, n° 11.
 - Le tabès et la paralysie générale chez les indigènes musulmans algériens. *Comptes rendus du congrès français de médecine*, t. II, 1903.
- Scherb et Ben Thami.** — Un cas de paralysie générale chez un indigène. *Société de neurologie*, 4 juin 1903.
- Vincent.** — Exposé clinique des maladies des Kabyles, 1862.

